Psychische Erkrankungen bei griechischen Jugendlichen in München und im Heimatland (Veria). Eine empirische Untersuchung zur Prävalenz psychischer Erkrankungen und Analyse soziokultureller Einflüsse

Maria Diallina

1984

Diss
München
1984

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München

Direktor : Prof. Dr. H. Hippius

Psychische Erkrankungen bei griechischen Jugendlichen in München und im Heimatland (Veria). Eine empirische Untersuchung zur Prävalenz psychischer Erkrankungen und Analyse sozio-kultureller Einflüsse

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und einer hohen medizinischen Fakultät
der Ludwigs-Maximilians-Universität
zu München
vorgelegt von
Maria Diallina
aus Heraklion/Kreta
München 1984

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät

Berichterstatter: Professor Dr. H. Hippius

Dekan: Professor Dr. W. Spann

Tag der Prüfung: 26.7.1984

Inhaltverzeichnis

Kapitel A: Einleitung

1 Historische Beschreibung und Motive der griechischen Arbeitsmigration.

2 Soziologische Struktur der griechischen Bevölkerung

2.1 Familienstruktur vor 20 Jahren

2.2 Die griechische Familie heute

2.3 Die Familienstruktur der griechischen Arbeitsmigranten

2.3.1 Struktur der sogenannten "Arbeitsmigrantenfamilie" bei griechischen Arbeitnehmern

2.3.2 Generationskonflikte und Erziehungsstil der griechischen Arbeitnehmerfamilie

2.4 Die Rolle der Frau in Griechenland, insbesondere in der Unterklasse

2.5 Griechisches Schulsystem und die Schulreform von 1980

Kapitel B Empirische Untersuchungen

1. Hypothetische Annahmen der Untersuchung

1.1 Pendelerziehung

1.2 Desozialisation

1.3 Akkulturation

1.3.1 Identitätskrise (Dramatisierung bis zum Verlust der Ich-Identität)

1.3.2 Marginalität und Selbstentfremdung

1.3.3 Frustration und Sprachbarriere

1.4 Hypothetische Annahme

2. Screening-Untersuchung

2.1 Methodik

2.2 Organisation

2.3 Organisatorisches Vorgehen und Probleme zur Screening-Untersuchung

2.4 Die untersuchte Population

2.4.1 Die untersuchte Population in München

2.4.2 Die untersuchte Population in Veria

2.5 Meßinstrumente zum Screening-Test

2.5.1 Die Fragebogen

3. Die Interview-Untersuchung

3.1 Die ausgewählten Fälle, Auswahlkriterien

3.2 Ort und Zeitpunkt der Interviews

3.3 Das ausführliche psychiatrische Interview

3.4 Methodisches Vorgehen und Schwierigkeiten der Interviewdurchführung

Kapitel C: Vergleichende Ergebnisse der Untersuchungen

1 GOLDBERG-Gesamtscore: GOLD-30 oder GOLD-28

1.1.1 GOLD-28 Gesamtscore und Alter

1.1.2 GOLD-28 Gesamtscore und soziale Klasse

1.2 GOLD Faktor A: Somatische Symptome

1.2.1 Somatische Symptome und Alter

1.2.2 GOLD Faktor A und soziale Schichten

1.3 GOLD Faktor B: Angst und Schlafstörungen

1.3.1 Angst und Schlafstörung und Alter

1.3.2 GOLD Faktor B und soziale Schichten

1.4 GOLD Faktor C: Soziale Dysfunktion

1.4.1 Soziale Dysfunktion und Alter

1.4.2 GOLD Faktor C und soziale Schicht

1.5 GOLD Faktor D: Depression

1.5.1 Depression und Alter

1.5.2 Depression und soziale Schicht

1.6 Zusammenfassung der Ergebnisse der Screening-Untersuchung

2 Vergleichende Ergebnisse der Interviews
2.1 Geschlechtsverteilung
2.2 Altersmäßige Auffälligkeitserwartungen
2.3 Psychogene Erkrankungen
2.3.1 Prävalenzmorbidität, Graduierung
2.3.2 Vorhandene Symptome (Morbidität und Graduierung)
2.3.3 Andere Störungen
2.4 Soziokulturelle Bedingungen
2.4.1 Soziokulturelle Bedingungen bei griechischen Arbeitsmigranten in München
2.4.2 Grad der Integration
2.4.3 Desozialisation
2.5 Einfluß der griechischen Familie auf das psychische Gleichgewicht der Jugendlichen
2.5.1 Familiäre Disharmonie
2.5.2 Freiheitsräume innerhalb der griechischen Familie
2.5.3 Zusammenfassung
2.6 Einfluß des Schulsystems
2.7 Lebenseinstellung der griechischen Jugendlichen
2.7.1 IEB-Fragebogen
2.7.2 R1/2-Fragebogen
2.7.3 Einstellung der griechischen Jugendlichen den Deutschen und Griechen gegenüber

Kapitel D: Fallbeschreibungen
1. Fallbeschreibungen der Probanden in München
1.1 Charakteristische typische Fälle
1.2 Übrige Fälle
2. Fallbeschreibungen der Probanden in Veria

Kapitel E: Diskussion
1. Kritische Bemerkungen
2. Psychiatrisches Morbiditätsrisiko bei Jugendlichen in München und Veria
2.1 Diskussion der Testergebnisse
2.2 Diskussion der Interviewergebnisse
3 Diskussion, Besondere Ergebnisse
3.1 Morbiditätsrisiko bei der weiblichen Population
3.2 Morbiditätsrisiko in Bezug auf die Altersstufe
3.3 Morbiditätsrisiko in Bezug auf soziokulturelle Bedingungen
3.3.1 Griechische Familienstrukturen im Heimatland und bei Arbeitsmigranten
3.3.2 Griechische Jugendliche in der BRD
3.3.3 Griechische Jugendliche in Griechenland (Literaturvergleich)
3.3.4 Schulsystem und Gesundheit bei griechischen Jugendlichen
4 Schlußfolgerungen
5 Zusammenfassung
Literaturverzeichnis
Anhang
Danksagung
Lebenslauf

KAPITEL A: EINLEITUNG

1. Historische Beschreibung und Wanderungsmotive der griechischen Arbeitsmigration

Das Phänomen der Migration der griechischen Bevölkerung auf der Suche nach besseren Lebensbedingungen ist uralt. Man kann behaupten, daß die Kolonienbildung von Griechen in Süditalien und Kleinasien während der Antike bereits eine Form der Emigration darstellte.
In der neueren Zeit - seit der türkischen Besetzung (1821) und danach - gab es immer wieder Perioden einer nachhaltigen Emigration, vor allem in die U.S.A. Mit dem Beginn des Zweiten Weltkrieges ebbte die Auswanderungswelle ab, um dann nach dem griechischen Bürgerkrieg (1944 - 1949) wieder rapide anzusteigen. (36) Das Hauptziel der Emigranten war vorerst wiederum die U.S.A.

Mitte der fünfziger Jahre vollzog sich ein Wandel von der Überseeauswanderung zu einer innereuropäischen Auswanderung hauptsächlich in die BRD (ab 1950).In den Jahren 1967 und 1968 sank die Zahl der Emigranten ab, während sie im Zeitraum 1969 bis September 1973 wieder anstieg.
Die in die U.S.A. oder nach Australien emigrierten Familien gingen mit der Absicht, sich in einem anderen Land eine völlig neue von der Heimat unabhängige, Existenz aufzubauen. Nach Westeuropa und in die BRD kamen jedoch nur Arbeitskräfte auf Zeit, mit der Intention, sich ökonomisch zu verbessern und nach einer kürzeren Zeit wieder ins Heimatland zurückzukehren.

Insbesondere in Griechenland haben die demokratischen Fraktionen sowie die Militärregierung, die seit Kriegsende das Land regierten, die Auswanderung als bequeme Lösungsmöglichkeit für bestehende innen- und außenpolitische Schwierigkeiten betrachtet (39).Die Auswanderung sollte ein Allheilmittel gegen hohe Arbeitslosenquoten sein und dazu beitragen, die negative Außenhandelsbilanz zu verbessern. Hinter der Fassade von Abenteuersuche und Modeerscheinung stand und steht in nahezu allen Fällen eine individuelle wirtschaftliche Not, hatte aber entgegen mancher Ansicht, nichts mit einem odysseischen Charakterzug der Griechen zu tun. Die Auswanderungsgründe sind also überwiegend ökonomischer Natur.Es muß jedoch hinzugefägt werden, daß vor allem bei Frauen der Wille zur sozialen Emanzipation und zur Flucht vor patriarchalischer Bevormundung

ins Gewicht gefallen sein dürfte sowie auch der erhebliche Unterschied der Lebensstruktur zwischen Dorf und Großstadt (13).

2. Soziologische Struktur der griechischen Bevölkerung

In Griechenland herrscht ein Süd-Nord-Gefälle sowie ein extremes Stadt-Land-Gefälle.
So ist es nicht verwunderlich, wenn die meisten griechischen Arbeitsmigranten aus den nördlichen Regionen stammen (vgl. Anhang I), und wenn insbesondere die Landarbeiter und die Kleinbauern den potentiellen Prototyp der Arbeitsmigranten darstellen. Deswegen erscheint es wichtig, die Familienstruktur und die dörfliche Gemeinschaft, wie sie vor 15 bis 20 Jahren vorzufinden war, zu beleuchten.

2.1 Familienstruktur vor 20 Jahren

In den 60-er Jahren herrschte in den dörflichen Gegenden noch die "Mehrgenerationenfamilie" vor. Der Mann war die dominierende Figur und für die Frau war die Ehe die einzig mögliche und sozial akzeptierte Lebensform, so daß von einer patriarchalischen Familienstruktur gesprochen werden kann (13).
Die Erziehung des Kindes war und ist trotz der großen Freiheiten im Kleinkindalter auch heute noch autoritär ausgerichtet, wobei darauf geachtet wird, den Kindern die traditionellen Wertnormen der Eltern zu überliefern. Dementsprechend findet ein offener Dialog zwischen Eltern und Kindern nicht statt (64).

Die Rangstellung einer dörflichen Familie ist abhängig vom Besitz der Familie sowie von ihrem "Ruf" und ihrer "Ehre". Treffend zu dieser Thematik meint V. GESSNER (21): "Abhängigkeit und präzise Zuordnung von Rechten und Pflichten ist durch innerfamiliäre Kontrolle und öffentliche Meinung gewährleistet. Sie führt zu unflexiblem Verhalten und Unterdrückung jeder Eigeninitiative. Offene Konflikte werden sehr selten ausgetragen. Dieser Zwang zur Konfliktvermeidung kann bei den sozial schwächeren Schichten oft zu einer fatalistischen Lebenseinstellung führen" (vergl. auch S. 157).

2.2 Die griechische Familie heute

Vielfach ist heutzutage bereits die "Kernfamilie" als der durchschnittliche griechische Familientyp zu bezeichnen, jedoch vorwiegend in den städtischen Gebieten.
Das Patriarchat ist noch immer die dominierende Gesellschaftsform in Griechenland, wenn sich auch die soziale Oberschicht nach westlichen Normen zu orientieren beginnt und sich die Rollenverteilung weitgehend aufgelockert hat.

2.3 Die Familienstruktur der griechischen Arbeitsmigranten

2.3.1 Struktur der sogenannten "Arbeitsmigrantenfamilie" bei griechischen Arbeitnehmern

Der Übergang von der agrarischen zu einer industriellen Gesellschaft bewirkt eine Änderung der Orientierung und Einstellung der Individuen, da die technologische Gesellschaft einen anderen Typus von Persönlichkeit erfordert als die traditionelle. So erlernen die Arbeitsmigranten bei einem unvorbereiteten Uberwechseln in eine Industriegesellschaft nicht schnell genug ihre neue Rolle, was die Kommunikation mit der fremden Umwelt und die Integration in die neue Gesellschaft erschwert. Es entsteht nach U. AKRINAR (3) ein neuer Typus von Familie: die "Arbeitsmigrantenfamilie", die weder mit der Familie im Heimatland noch mit der Familie im Aufnahmeland vergleichbar ist.

Der Kulturwechsel bewirkt folgende familiären Veränderungen:

1) Umwandlung der "Mehrgenerationenfamilie" in die "Kernfamilie"; Individualisierung der Ehe ermöglicht die Subjektivierung der familiären Beziehungen.
2) Berufstätigkeit und partielle Emanzipation der Frau führt in der Folge zu innerfamiliären Spannungen und Konflikten.
3) Angeglichenes konsumorientiertes Verhalten der Migrantenfamilie.
4) Zerrissenheit zwischen zweierlei Mentalitäten und Kulturen.

Die typische griechische Emigrantenfamilie in der BRD bildet vorwiegend eine "Insel" innerhalb der deutschen Gesellschaft. Der Mythos der Rückkehr bleibt in nahezu allen griechischen Migrantenfamilien lebendig und das Leben im Fremdland ist als "Leben im Provisorium" zu bezeichnen. Die soziale Weiterentwicklung im idealisierten Heimatland wird nicht wahrgenommen, ebensowenig wie die persönliche Veränderung.

Die Kultur dieser griechischen Arbeitsmigrantenfamilie wird durch drei Kulturkreise bestimmt:

1) Durch die Fremdkultur
2) Durch die griechischen kulturellen Normen, die die griechischen Arbeitnehmer in Ihrer Heimat introjiziert haben und trotz eines über 10-jährigen Aufenthalts in der BRD partiell beibehalten
3) Durch die Subkultur, die in den Wohngettos entstehen, sowie durch die Mischung der beiden erstgenannten Kulturkreise (13).

2.3.2 Generationskonflikte und Erziehungsstil der griechischen Arbeitnehmerfamilie

Der Generationskonflikt ist in griechischen Familien noch stärker ausgeprägt als in deutschen.
Die Wünsche und Bedürfnisse sowie die Konsumansprüche der Kinder kollidieren mit den Sparvorstellungen der Eltern für die Rückkehr in die Heimat. Hierzu führt G. ALBRECHT (1) aus:"Die durch die veränderten Verhältnisse begründete Unsicherheit und Frustration vieler Eltern verhärtet sich hier im Verhalten ihren Kindern gegenüber zu rigoroser Autorität." (vergl. S. 31)

Sie vermehrt die Konflikte zwischen Eltern und Kindern. So leben die ausländischen Kinder und Jugendlichen in einem soziopsychischen Familien- und Umweltbereich, der an Stelle der gewünschten Geborgenheit und Verwurzelung mit einem hohen und bedrohlichen Konflikt potentiell aufgeladen ist. Je weniger die Eltern eine Integration ihrer Kinder anstreben desto autoritärer wird ihr Erziehungsstil.

AKRINAR (3) spricht von der ausländischen Familie als von einem "gebrochenen Sozialisationsfeld".
Die Familienkonflikte werden aber häufig verdrängt und die zerstörende Realität verleugnet, so daß eine unbewußte Verstärkung ideologischer illusionärer Vorstellungen eintritt, um den Familienzusammenhalt zu gewährleisten. Die ständigen Diskriminierungen im Gastland erwecken in den Eltern einen übersteigerten Wunsch nach sozialem Aufstieg für ihre Kinder. Die Ausbildungziele, die die Kinder erreichen sollen, werden deshalb sehr hoch gesteckt. Sie begehren somit das Kind in der Rolle des Substituts ihres "Ich-Ideals".

2.4 Die Rolle der Frau in Griechenland, insbesondere in der Unterklasse

Die orthodoxe Kirche lehnt die Sexualität des Menschen als sündigen Trieb ab und gestattet sexuellen Verkehr nur innerhalb der Ehe und nur zum Zwecke der Fortpflanzung. So ist Sexualität noch immer ein Tabu in der griechischen Gesellschaft, über das in der Öffentlichkeit und auch innerhalb der Familie nicht offen diskutiert werden darf.
In der städtischen Bevölkerung haben diese strengen Moralregeln zwar eine Auflockerung erfahren, auf dem Land jedoch wird die Jungfräulichkeit der Mädchen bis zur Ehe im wahrsten Sinne des Wortes streng überwacht (13).

HEINZ (33) äußert zur patriarchalisch orientierten Familie: "Insbesondere in der Unterklasse hat die Mutter und Frau weniger Möglichkeiten als der Mann. Ihre Erziehung hat sie auf eine bestimmte Rollenerwartung vorbereitet. Außerdem wird sie versuchen, sich mit den geltenden Normen zu identifizieren, um einer Identitätskrise auszuweichen und Spannungen zu vermeiden. So wird die Macht vom Vater und die Moral von der Mutter vertreten." (vergl. S. 88)

So hat auch SAGILIOS-ROTHSCHILD (75,76) bei ihren Forschungen festgehalten "Die Liberalität, die Modernisierung des Lebensstils und die Gleichberechtigung innerhalb der griechischen Familie steigt statistisch signifikant mit dem Bildungsniveau der griechischen Frauen an." Des weiteren führt die Autorin bei ihrer Analyse über die Typisierung des "bösen" und des "guten" Mädchens im griechischen Kino an: "Das "böse" Mädchen stellt sich als emanzipiert und sexuell befreit dar und dazu als wohlhabend. Das "gute" Mädchen wiederum ist arm aber treu, hilfsbereit, traditionell und nur in einen einzigen Mann für immer verliebt.
Zusammenfassend existiert in Griechenland immer noch eine "Doppelmoral", sehr abhängig von der Sozialschicht, von der Bildung sowie von der traditionellen Geschlechterrolle.

2.5 Griechisches Schulsystem und Schulreform von 1980

Das griechische Schulsystem sieht nach Beendigung der Volksschule ab dem 12. Lj. obligatorisch den Besuch des Gymnasiums für die Dauer von 3 Jahren vor. Im Anschluß daran kann fakultativ nach bestandener Aufnahmeprüfung für weitere 3 Jahre auf das Lyzeum gewechselt werden. Der erfolgreiche Abschluß des Lyzeums ist Voraussetzung für ein Universitäts-

studium.
Bis in die unteren sozialen Schichten herrscht seit Kriegsende zunehmend die Mentalität, den eigenen Kindern - selbst unter Inkaufnahme großer finanzieller Opfer - ein Universitätsstudium zu vermitteln. Nicht zuletzt und wegen des unbefriedigenden Bildungssystems und eines großen Konkurrenzdenkens bezüglich der wenigen Studienplätze sind Schüler häufig noch auf die Teilnahme an außerschulischen Privatunterrichten angewiesen.
Innerhalb der letzten 10 Jahren änderte der Staat einige Male das Schulsystem um eine zunehmende Modernisierung und Spezialisierung nach ausländischen Vorbildern herbeizuführen. Während es noch bis 1979 lediglich eine Aufnahmeprüfung im Anschluß an den Lyzeumsbesuch für die Universität gab, wurde erstmals 1980 das sog. "Panhellinistische Examen" eingeführt. Es setzte sich aus 3 zeitlich unterschiedlichen Prüfungen während der Lyzeumszeit zusammen. Das entspricht einem Alter der Schüler von 14 - 18 Jahren.
Griechische Schüler in Bayern besuchen eine nationale griechische Schule, d. h. sie werden von griechischen Lehrkräften mit den in Griechenland gebräuchlichen Lehrmitteln völlig Heimatorientiert ausgebildet. Da griechische Lehrbücher für eine rein monolingualische und und monokulturelle Erziehung konzipiert sind, erfahren griechisches Schüler im Ausland in aller Regel idealisierte Vorstellungen über ihr Heimatland und sehr wenig über ihre reale Umwelt und ihren Alltag in Deutschland. Es ergibt sich naheliegenderweise eine Konfrontation zwischen der Freizüglichkeit der westdeutschen Gesellschaft und den strengen Moralmaßstäben und der betont geschlechtspezifischen Erziehung.
Schulreformen, wie in Griechenland üblich, wurden jedoch in Bayern nicht durchgeführt. der Abschluß des Lyzeums, der dem deutschen Abitur entspricht, war allgemein anerkannt leichter als der vergleichbare Luzeumsabschluß in Griechenland. Im Gegensatz zum Heimatland existiert für griechische Schüler in Bayern jedoch kein "Panhellenisches Examen". Griechische Schüler aus dem Ausland mußten lediglich an einer Universität in Griechenland eine leichte Aufnahmeprüfung bestehen.

KAPITEL B: EMPIRISCHE UNTERSUCHUNGEN

1. Hypothetische Annahmen der Untersuchung

Die Untersuchung fällt in den Rahmen der vergleichenden Psychiatrie und der Migrationsforschung. Durch vergleichende epidemiologische Methoden kann man in gleichzeitig bestehenden, aber räumlich und kulturell getrennten Sozialsystemen das Auftreten und die Symptomatik bestimmter Krankheitsbilder untersuchen (4). Die Struktur der griechischen Arbeitsmigration innerhalb Europas hat sich in den letzten Jahren von einer Wanderung einzelner Arbeitnehmer zu einer Wanderung ganzer Familien gewandelt. Allein in der BRD lebten nach Angaben des Bundesinnenministeriums für Arbeit und Sozialordnung 1978 89.500 griechische Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren (10,3% der gesamten ausländischen Kinder).

Diese Kinder wachsen zwischen zwei Gesellschaften auf und sind weder für die eine noch für die andere funktionsfähig; sie werden nicht sozialisiert, sondern "desozialisiert". Der Kulturwechsel und die Spaltung zwischen den Kulturen sind so relevant, daß es sich auf die ganze Ich- und Identitätsentwicklung des Kindes auswirkt.
"Ausländische Kinder werden sowohl aufgrund des Fehlens von Ich-Identität, als auch von Sozial-Identität nicht hinreichend befähigt, aktiv an der sozialen Interaktion teilzunehmen." AKRINAR (3) (vergl. S. 4).
Über die Problematik der Jugendlichen aus "Gastarbeiterfamilien" äußerte FRIESSEM (18) folgendes:

"Jugendliche aus Ausländerfamilien müssen sich indes nicht nur mit den typischen Problemen der Pubertät, der Selbstfindung und der Ablösung von der Primärgruppe auseinandersetzen. Sie stehen darüber hinaus vielleicht noch mehr als ihre Eltern in jenem Spannungsfeld, welches durch Entwurzelung und ethnische Selbstentfremdung auf der einen sowie Akkulturation und partielle Integration auf der anderen Seite gekennzeichnet ist. Ausländische Eltern versuchen ihre Kinder zunächst wie selbstverständlich im Sinne ihres tradierten, ethnospezifischen Normensystems zu erziehen. Dies muß jedoch weitgehend mißlingen, weil ein solcher Sozialisationsversuch gerade jener außerfamiliären Resonanz entbehrt, welche die Herkunftsgesellschaft aufwies." (vergl. S. 9)
Nach Ansicht der gesamten Fachwissenschaftler ergeben sich folgende

mögliche Gefahren und spezifischen Konflikte, die die psychische Entwicklung des "Gastarbeiterkindes" bedrohen:

1.1 Pendelerziehung

Im ersten Lebensjahr eines Kindes spielt die Umwelt nur coenästhetisch eine Rolle für den Reifungsprozeß. In der "symbiotischen" Beziehung mit der Mutter steht nach Ansicht des Ich-Entwicklungstheoretikers MAHLER u. a. (47) nur die Mutter-Kind-Beziehung (Objekt-Beziehung) im Vordergrund. So kann das Kind durch Introjektion eines positiven und relativ konfliktfreien Mutter-Imagos die Basis seines "Selbst" entwickeln (Selbstrepräsentanz).

Am Ende des sechsten Lebensmonates beginnt das Kind sich von der Mutter abzugrenzen und fängt an, das "Du" und das"Ich" zu entwickeln. Gleichzeitig beginnt es, seine Umwelt wahrzunehmen, wobei es nach dem ersten Lebensjahr mit seiner Umgebung (diakritisch) sprachlich zu kommunizieren beginnt. (Ubungs- und Wiederannäherungsphase) (nach Ansicht der Ich-Entwicklungstheoretiker MAHLER (47), MILLER (51), HARTMANN (31,32)).
Störungen in dieser ersten Phase - wie Trennung von der Mutter, oder Introjektion eines total negativen Bildes der Mutter - führen zu späteren, häufig schweren psychischen Erkrankungen und dies vor allem in Form einer mangelhaften Ich-Entwicklung.

Wendet man diese Theorie auf die Entwicklung von "Gastarbeiterkindern" an, kann man von der Wahrscheinlichkeit ausgehen, daß bestimmte Risikofaktoren aufgrund der Situation gegeben sind. Gerade bei diesen Kindern ist die Gefahr einer frustrierenden Beziehung zur Mutter sehr groß; dies sowohl wegen des Einwanderungsaktes wie auch den daraus resultierenden mehrmaligen Trennungen von der Bezugsperson.
Viele dieser Kinder wurden nach der sogenannten "Pendelerziehung" aufgezogen. Dieses mehrmalige Pendeln zwischen verschiedenen Bezugspersonen verhindert das Erleben einer konstanten Mutterfigur (59,20), einer stabilen und einheitlichen Familie sowie auch einer konstanten Umwelt.

1.2 Desozialisation

Nach dem ersten Lebensjahr beginnt in sozialwissenschaftlicher Betrachtung die "En kulturationsphase". (80). (En kulturation meint das Lernen

von Kultur, von Wertsystemen und von Sprache).
In Übereinstimmung mit dem psychischen Reifungsprozeß des Kindes wird seine Sozialisation und Integration in seine Umwelt ermöglicht. So kann das Kind parallel zu seiner Ich-Identität seine Sozial-Identität erlangen.

Der Jugendliche in der Pubertät steht vor einer Fülle von Aufgaben, die eine ausreichende Identitätsentwicklung erfordern. So stellt er die infantile Abhängigkeit von den Eltern und deren Autorität in Frage. "Die Veränderung seines Körpers zwingen den Jugendlichen zu einer Auseinandersetzung mit seinem neuen Körperschema und erfordern, ebenso wie die Übernahme neuer sozialer Rollen, Anstrengungen und Arbeiten zur Synthese und personalen Integration mit dem Ziel einer weitgehenden Ich-Identität". (60)(vergl. S174)

In der Pubertät, dem Stadium der Neuorientierung, können Probleme der Autorität, der Identität und der Sexualität zu Integrationskonflikten führen, die sich bei abnormer Pubertätsentwicklung zu langanhaltenden Pubertätskrisen ausweiten können (60).In anderen Kulturkreisen, wie in den U.S.A. und in letzter Zeit in den europäischen Ländern, stellen die Jugendlichen eine relativ geschlossene Gesellschaftsgruppe dar. Diese "Teilkultur der Jugendlichen" und besonders die Ich-stützende Funktion der Gruppe und der daraus entwickelten Sozialidentität hilft den Jugendlichen, ihre Ich-Identität weiterzubilden.
ERIKSON (15) und OPPLER (62) betonen den Zusammenhang zwischen Sozial- und Ich-Identität und behaupten, daß jede Störung des sozial-kulturellen Gleichgewichts eine Identitätskrise herausfordern kann. Je nachdem in welcher Phase dieser Sozialisations- und Identitätsprozeß der ausländischen Kinder durch die Migration unterbrochen wird, lassen sich drei Sozialisationstypen unterscheiden (80):

1) Den ersten Typus stellen die Kinder dar, die in der BRD geboren sind oder seit dem Säuglingsalter hier leben. Diese Kinder wachsen in einer Mischkultur auf, wo sowohl der Einfluß der Familie, aber auch der Fremdkultur dominieren kann. Sie übernehmen aus diesem Grunde eine kulturelle Mischrolle.
2) Den zweiten Typus stellen die Kinder dar, die im Vorschulalter in die BRD kamen. So wird der Entkulturationsprozeß unterbrochen. Bei diesen Kindern ist die Entkulturation in Bezug auf die Herkunftskultur - wie auch in Bezug auf die spätere Fremdkultur nur ansatzweise ausgeprägt; es entsteht eine diffuse Basispersön-

lichkeit, die die weitere Festlegung der sozialkulturellen Identität behindert.

3) Zum dritten Typus gehören die Kinder, die im Schulalter in die BRD kamen. Diese Kinder identifizieren sich mit ihrer Heimat und behalten in der BRD ihre Identität als Ausländer; deshalb leiden sie an einem Akkulturationsschock, der Anpassungsschwierigkeiten zur Folge hat.

1.3 Akkulturation

Insbesonders für den oben genannten dritten Typus von Kindern gilt für mehrere Autoren der Kulturschock (Akkulturationsstress) als bedeutsamer Faktor bei der Interpretation von psychischen Störungen (9,57,19)(Akkulturationsstreß wird hervorgerufen durch Klimawechsel, Ernährungsumstellung, Wohnmilieu, Wechsel von Land in die Stadt, mangelnde Sprachkenntnisse und "Zusammenprall" von Kulturen.)

Die Akkulturation - der Prozeß des Wechsels von einer Kultur zu einer anderen prädominanten Kultur - und gleichzeitig der Versuch, sich in die neue Kultur zu integrieren und sich dort anzupassen (Assimilation) kosten die Einwanderer psychische Energie und führen häufig zu chronischem Streß. Nach MULLER, LEVI und SELYE (53,41,78) ist bei Experimentalstudien mit Einwanderern eine Aktivierung des sympathischen Nervensystems und der Nebennierenrinde im physiologischen Bereich beobachtet worden, verbunden mit psychischen Reaktionen, wie Angst, Depression und Aggression (Streßmodell).
Die Akkulturation hat außer einer akuten Streßauslösung auch die Störung des kulturellen Gleichgewichts zur Folge. (45,67,43)

1.3.1 Identitätskrise (Traumatisierung bis zum Verlust der Ich-Identität)

Wie oben aufgeführt ist, kann jede Störung des soziokulturellen Gleichgewichts zu einer Identitätskrise führen. Die Sozialidentität ist unmittelbar mit der Ich-Identität verbunden, jedoch fordert jeder Bruch der Sozialisation (5) eine Identitästkrise heraus.
So sprach schon EISENSTADT über Aggressivität als Erscheinung des Ich-Verlustes auf Grund des Emigrationstraumas (14).
MURPHY (54) und MENZAROS (50) haben ebenfalls auf die Identitätsproblematik hingewiesen, wobei MURPHY das interessante Konzept der "Kulturloyalität" bei "Gastarbeitern" entwickelte.

1.3.2 Marginalität und Selbstentfremdung

ROBERT PARK (65) prägte als erster im Jahre 1928 den Begriff des "marginal man", des Menschen der am Rande der Gesellschaft steht. Im Arbeitsmigranten finden wir diesen "marginal man" wieder. Er befindet sich in der nämlichen inneren Zerrissenheit. Er steht zwischen den Systemen und weiß nicht, zu welchen er gehört. Migration ist für PARK die Säkularisierung der Gesellschaft und die Individualisierung der Person.

Es kommt nun vor, daß der Prozeß der Akkulturation nicht überall mit derselben Geschwindigkeit und Leichtigkeit vor sich geht. Besonders wenn Volksgruppen aufeinander treffen, die sich kulturell und rassisch stark unterscheiden, wird dieser Prozeß erheblich verlangsamt.Unter solchen Bedingungen führt die marginale Position des Arbeitsmigranten zu einer Isolierung in einer Randgruppe. Diese Bildung eines "Ausländergettos" hilft wie ein Rettungsring, der einerseits den Anpassungsprozeß an das neue Milieu behindert, aber andererseits das kulturelle Gleichgewicht der ethnischen Gruppe ungestört läßt. Häufig führt der Versuch zur Integration in die neue Umwelt zur Selbstentfremdung statt zu einem emanzipatorischen Integrationsprozeß.

1.3.3 Frustration und Sprachbarriere

Der Versuch der Integration und der Prozeß der Akkulturation führen nicht selten zu Frustrationen. Bei Untersuchungen über Emigranten wurden aggressive und depressive Reaktionen als Konsequenz dieser Frustration gefunden. Hierzu wird die Ansicht vertreten, daß die Aggression bei den Migranten der einzige Ausweg aus der Frustration sei und zum Wiedergewinn der Selbstschätzung führt (Frustrations-Aggression-Hypothese) (12,61).
Diese Frustration ist darauf zurückzuführen, daß in den nordeuropäischen Ländern der Arbeitsmigrant, der sich optisch und kulturell stark von der Mehrheit unterscheidet, bereits klassifiziert ist. Er wird zum Symbol nicht nur für sein eigenes Volk, sondern für Fremdartigkeit schlechthin. Dieser "Fremde" nun scheint auch nicht integrationsbedürftig, da man ihn mit dem Namen "Gastarbeiter" gebrandmarkt hat und sein Integrationsversuch häufig abgelehnt wird.

Die Sprachbarriere führt zu weiterer gesellschaftlicher Abkapselung und Frustration. Sprache ist die Voraussetzung für soziale Interaktion. Ohne

diese Kommunikation tritt eine geistige und seelische Verarmung des Menschen ein. Es kommt zu Identitätskrisen und Persönlichkeitszerstörung.

1.4 Hypothetische Annahmen

Es ist erstaunlich, wie wenig die Situation des Fremdarbeiterkindes untersucht wurde. Am häufigsten finden sich in der Literatur noch Hinweise auf Sprach- und Schulschwierigkeiten. Zusammenfassend werden in der vorliegenden Untersuchung die wichtigsten theoretischen Hypothesen für die Erforschung dieser Problematik bei den griechischen "Gastarbeiter" Kindern dargestellt.

1) Die griechischen Jugendlichen in der BRD müssen sich nicht nur mit den typischen Problemen der Pubertät, sondern auch mit den Problemen der Emigration auseinandersetzen. Deswegen bilden sie eine besondere Risikogruppe für psychische Störungen.

2) Viele von diesen Jugendlichen haben keine konstante Beziehung, vielmehr wiederholte Trennungen von ihren wichtigsten Bezugspersonen erlebt.(Pendelerziehung)
Solche Frustrationen wirken sich auf die gesamte (affektive, soziale und intellektuelle) Entwicklung des Kindes aus und prädisponieren zu einer eher depressiven und asthenischen Strukturierung seiner Persönlichkeit.

3) Bei den Kindern, die zwischen zwei Gesellschaftskulturen erzogen wurden, erfolgt keine Sozialisation,sondern eine "Desozialisation", was sich auf ihre ganze Ich-Identitätsentwicklung auswirkt und zu psychischen Störungen prädisponiert.

4) Die Entwurzelung und ethnische Selbstentfremdung wie auch der Akkulturationsstress, die partielle Integration und die erzwungene Anpassung führen nicht selten zu mehrmaligen Frustrationen. Die Konsequenz ist wiederum Aggressivität und Depression. So werden die neu eingewanderten Jugendlichen besonders auffällige Gruppe bilden.

5) Die Ambivalenz der Eltern gegenüber der Fremdkultur,ihre "Insel" -Position, Isolation und ihr daraus resultierendes rigides, autoritäres und moralisierendes Verhalten den Kindern gegenüber wirkt meistens psychopathogenetisch.
Im Ausland lebende griechische Mädchen bilden eine besondere Risikogruppe für psychische Erkrankungen in der Pubertät auf Grund spezifischer soziokultureller Bedingungen, nämlich der

gegebenen "Doppelmoral" und der Angst ihrer Eltern vor der "Verdeutschung".

6) Der innerhalb der letzten 10 Jahre in Griechenland stattgefundene soziokulturelle Wandel, der sich traditionell an westliche Normen angeglichen hat, bedingt eine Loslösung von traditionell autoritären Erziehungsstilen und vermindert das psychische Krankheitsrisiko, u. a. bei Mädchen.

Die hier vorliegende Untersuchung wurde zusätzlich untergliedert nach prädisponierenden Faktoren wie Alter, Sozialschicht, Gruppenkontakte, Familienatmosphäre, Erziehungsstil Leistungsansprüchen sowie Schul- und Lernschwierigkeiten.

2. Screening - Untersuchung

2.1 Methodik

Zur Verifizierung der vorangestellten Hypothesen wurde als epidemiologische Methodologie die Screening - Untersuchung mit nachfolgenden Interviews ausgewählt.
Alle griechischen Jugendlichen, die die griechischen Gymnasien und das Lyzeum in München und Dachau besuchten, wurden als repräsentative Populationsgruppe untersucht (vgl. Kap. B, 3.2). Als Kontrollgruppe, um eine mögliche Erhöhung des Krankheitsrisikos bei den griechischen Jugendlichen in der BRD zu untersuchen, wurde eine geschlossene Populationsgruppe in Nordgriechenland ausgewählt. Diese zweite Unter- suchung bezog sich auf Schulen in diesem Gebiet, da die "Gastarbeiter" und ihre Familien größtenteils (49.07 %) aus diesem Raum auswanderten. (vgl. Anhang I)
So blieben die kulturellen Bedingungen bei beiden untersuchten Populationen relativ gleichwertig. Veria wurde aus folgenden Gründen ausgewählt:

1. Es ist eine nordgriechische Stadt
2. Es ist eine mittelgroße Stadt (ca. 40.000 Einwohner), was eine repräsentative Untersuchung aller Schüler ermöglichte.
3. Beim Schulzentrum handelt es sich um eine größere Schule, deren Einzugsbereich auch Dörfer der Umgebung erfaßt. So konnten gleichzeitig Schüler aus bürgerlichen und bäuerlichen Familien untersucht werden.

2.2 Organisation

Im Juli 1979 ist eine epidemiologische Screening - Untersuchung unter der Leitung von Dr. med. M. FICHTER durchgeführt worden. Damals wurden 867 Schüler in zwei Gymnasien in München und einem Lyzeum sowie in einem Gymnasium in Dachau befragt. (vgl. Kapitel A 2,5)
Für diese erste Stufe der Untersuchung wurde der von GOLDBERG und HILLIER (22) aufgestellte GHQ-Fragebogen benutzt und parallel dazu ein Fragebogen zur Bestimmung der sozialen Schicht.

Zu den Untersuchungen:

Nach einer abgeschlossenen Einarbeitungszeit (Teilnahme an einem Videotraining sowie Bearbeitung und Abfassung eines zusätzlichen Fragebogens über die sozialen und familiären Bedingungen, über den besonderen Charakter der griechischen Jugendlichen in der BRD und in Griechenland einschließlich der Übersetzung des Meßinstruments in die griechische Sprache) umfaßte die Untersuchung die folgenden drei Teile:

Teil I Auswahl und Untersuchung einer Stichprobe von 69 Schülern in München:

In dem Zeitraum von Januar bis März 1980 wurde eine ausführliche psychiatrische Exploration bei Schülern erstellt, die nach den Ergebnissen des Screening-Tests ein höheres Risiko zu psychischen Auffälligkeiten zeigten. Wegen der Skepsis, daß dieser Fragebogen zunächst bei einer griechischen Population benutzt worden ist, wurde zwischen Juni und Juli 1980 noch eine Stichprobe von Schülern, die nach den Ergebnissen des Screening-Tests extrem unauffällig waren, als Kontrollgruppe exploriert.

Teil II Untersuchungen bei Jugendlichen in Griechenland:

Mit der gleichen Methode wurden von September 1980 bis November 1980 insgesamt 2702 Jugendliche aus den 5 Gymnasien und 4 Lyzeen Veria's untersucht. In diesem Zeitraum wurde auch eine, nach den gleichen Auswahlkriterien ausgesuchte Stichprobe von 93 Schülern exploriert.

Teil III Übersetzung der gesammelten Materialien und diagnostische Bearbeitung und Auswertung der Interviews.

Für die Auswertung der gesammelten Daten wurde ein Computerprogramm zu Hilfe genommen.

2.3. Organisatorisches Vorgehen und Probleme zur Screening-Untersuchung

Bei der Durchführung der Hauptuntersuchung in den Schulen in Veria wurde nach Schulklassen getrennt vorgegangen, die von einem Versuchs- leiter übernommen wurden (d.h. von der Referentin und den Mitarbeitern stud. med. LABRINI SOURDI und G. RAFAILIDIS). Hauptaufgabe der Versuchsleiter war, Verständigungsprobleme zu erklären und dafür Sorge zu tragen, daß die Testdurchführung optimal gestaltet werden konnte (keine lauten Fragen, keine Gespräche und Neckereien). Die Durchführung der Hauptuntersuchung an allen neuen griechischen Schulen dauerte 3 Wochen. Für jede Klasse stand eine Unterrichtsstunde zur Verfügung, die manchmal auch die Unterrichtspause mit einschloß.
Da es in Griechenland Vormittags- und Nachmittagsunterricht gibt, konnte die Untersuchung 8 bis 10 Stunden täglich durchgeführt werden. Eine gewisse Problematik lag in der Ablehnung einiger Lehrer, insbesondere einer Rektorin gegenüber der Untersuchung, obwohl die Erlaubnis durch das griechische Erziehungsministerium vorlag.

Die Tabuisierung, die Diskriminierung sowie das Mißtrauen war bei den meisten der Lehrer auch für die Schüler spürbar. Einige wenige allerdings unterstützten die Arbeit sehr. So wurde versucht, wenn möglich, die Screening-Untersuchung ohne die Anwesenheit der Lehrer durchzuführen. Um das Mißtrauen der Schüler zu zerstreuen und Daten- mißbrauch zu verhindern, wurde die namentliche Ausfüllung der Frage- bogen in der folgenden Form eingeschränkt: Die Schüler sollten nur ihre Initialen und das Geburtsdatum eintragen. Die männlichen Schüler hatten insgesamt wenig Interesse für die Untersuchung gezeigt und manchmal sehr schnell und oberflächlich die Fragebogen ausgefüllt. Die Schülerinnen dagegen waren sehr interessiert und zeigten eine höhere Zuverlässigkeit als die Schüler.
Bei der Screening-Untersuchung in München sind ähnliche Probleme entstanden. Hinzu kamen bei der Testdurchführung in München Sprachprobleme, obwohl der Test in einfache griechische Umgangssprache übersetzt worden war.

2.4. Die untersuchte Population

2.4.1. Die untersuchte Population in München

Im Juli 1979 wurde die Hauptuntersuchung in den 4 griechischen Privatgymnasien und dem Lyzeum in München durchgeführt. Die untersuchte Population umfaßte 453 Schülerinnen und 414 Schüler im Alter von 14 bis 18 Jahren (Klassen B,C der Gymnasien, Klassen A, B, C des Lyzeums). Die Klassen A der Gymnasien mit vorwiegend 13-jährigen Schülern wurde wegen der Problematik des Screenings in diesen relativ jungen Alters- gruppen ausgelassen. (vgl. Kapitel A: 2.5)
Tabelle 1 veranschaulicht die Anzahl der untersuchten Mädchen und Jungen in den verschiedenen Altersstufen.

Tabelle 1: **Untersuchte Population in München**

	ALTERSGRUPPEN							
Alter	14	14-15	15-16	16-17	17-18	18-19	19	Total
Mädchen	67	115	111	75	54	20	11	453
Jungen	67	107	92	56	43	28	21	414
Total	134	222	203	131	97	48	32	867

$\bar{x}$ = 14,5 SD = 1,47
(vergl. Abb. 2 b der zwei Stichproben in München)

Insgesamt wurden 90,05 % der Schülerinnen und 84,3 % der Schüler aller drei Gymnasien und dem Lyzeum in der Untersuchung erfasst.

Die Anzahl der Schülerinnen im Schuljahr 1978/79 war 503, die Anzahl der Schüler 491, insgesamt somit 994. Von den 127 Schülerinnen und Schülern, die ausgefallen sind, haben 87 ältere Schülerinnen und Schüler die Untersuchung verweigert, der übrige ausgefallene Teil der zu untersuchenden Population war entweder schon in Urlaub oder sonst abwesend vom Schulunterricht. Nach Mitteilung des Stadtamtes München waren 1979 1202 griechische Kinder zwischen 14 und 18 Jahren in München und in Dachau registriert.Wenn man aber berücksichtigt, daß eine neunjährige Schulpflicht auch für die griechischen Kinder gilt, kann man ohne Zweifel behaupten, daß die Stichprobe der 14-15-jährigen fast die totale Population der griechischen Kinder in München in diesen Altersstufen

ausmacht. Für die Altersgruppen der 16-18-jährigen läßt sich aber dasselbe nicht behaupten, weil viele griechische Jugendliche nach dem Abschluß des Gymnasiums nicht das Lyzeum, sondern in Berufsschulen gehen oder arbeitslos sind.

Die vorliegende Untersuchung aber ist repräsentativ für die 14 - 18 jährigen griechischen Schülerinnen und Schüler in München unter der Berücksichtigung, daß ungefähr nur 80 griechische Kinder deutsche Hauptschulen, Gymnasien oder Realschulen in München besuchen.

2.4.2. Die untersuchte Population in Veria

Bei der untersuchten Population handelt es sich um 1255 Schüler und 1445 Schülerinnen im Alter von 13-18 Jahren (Klassen B,C der Gymnasien, Klassen A,B,C der Lyzeen). Da die Schulpflicht in Griechenland früher als in der BRD beginnt, erfaßt die untersuchte Population in Griechenland auch um ein Jahr jüngere Schüler/innen als in der BRD.

Tabelle 2: Untersuchte Population in Veria:

Alter (in Jahren)	ALTERSGRUPPEN 13	14	15	16	17	18	19	Total
Mädchen	487	303	219	245	155	25	11	1445
Jungen	462	260	219	175	117	16	6	1255
Total	949	563	438	420	272	41	17	2700

$\bar{x}$ = 15,12 SD = 1,69

(vergl. Abb. 2 a der zwei Stichproben in Veria)

Insgesamt wurden 94,8 % der Schüler und Schülerinnen aller Gymnasien und Lyzeen in Veria im Screening erfaßt.

Die Anzahl der gesamten Schüler im Schuljahr 1981/82 betrug 2851. Ein Teil von den 151 Schülern, die ausgefallen sind, waren wegen des freizügigen Klimas bei Schulanfang abwesend, ein Teil aus Gesundheitsgründen.

Von den griechischen Jugendlichen besuchen nach Mitteilung des griechischen statistischen Dienstes die Gymnasien (Schulpflicht) und besuchen die Lyzeen. So kann man ohne Zweifel behaupten, daß diese

Stichprobe der 14 - 18 Jährigen repräsentativ ist und fast die totale Population der griechischen Kinder in Veria in dieser Altersstufe umfaßt.

2.5. Meßinstrumente zum Screening-Test

Zur Operationalisierung der gestellten Hypothese wurden die im folgenden beschriebenen Meßinstrumente benutzt, um für die zwei Stichproben (GD fem., mas. und GG fem., mas.) vergleichbare Daten zu erheben und auch aus der untersuchten Population Probanden auszuwählen, die die gestellten Auswahlkriterien erfüllten.

2.5.1. Die Fragebögen

A. Der "General Health Questionnaire" (GHQ-45) als Screening-Test

Zur Erfassung von aktuellen psychischen Störungen bei der untersuchten Population wurde der "General Health Questionnaire" von den griechischen Mitarbeiterinnen ZOI und LABRINI SOURDIS in die griechische Umgangssprache übersetzt (vgl. Anhang 2).
Das 45-items-GHQ wurde aus der Zusammenfassung der 28-items GHQ (GOLD 28) und 30-items-GHQ (GOLD 30) erstellt. Der 30-items-GHQ (von GOLDBERG 1976 aufgestellt) ist der am meisten verwendete Fragebogen (GHQ) für derartige Problemstellungen. Das 28-items-GHQ (GOLDBERG und HILLIER (22) v. 1979) ist ein kurzer Fragebogen, welcher 4 Untergruppen (Subscales) enthält:
Körperliche Symptome (GOLD-Faktor A)
Angst- und Schlafstörungen (GOLD-Faktor B)
Soziale Dysfunktion (GOLD-Faktor C)
und Schwere Depression (GOLD-Faktor D)
Der 45-items-Fragebogen hat alle Vorteile beider oben beschriebener Fragebögen.

B. Der Fragebogen zur Bestimmung der sozialen Schicht

Zur Erfassung der sozialen Schichtzugehörigkeit der untersuchten Population nach dem Beruf der Eltern wurde ein anderer, spezieller Fragebogen sowie ein Antwortschema aus dem Projekt A10 (Dilling) am SFB 116 verwendet (vgl. Anhang 2). Obwohl die vorliegende Untersuchung

Gastarbeiterkinder erfaßte, war nicht auszuschließen, daß verschiedene soziale Schichten vorhanden oder gebildet wurden, aufgrund des Ausbildungsniveaus, Dauer des Aufenthalts im Gastland, Berufsqualifikation u.a. Es erscheint deshalb wünschenswert, das soziale Prestige des griechischen Gastarbeiters zu erfassen, da innerhalb dieser Gruppe andere Prestigenormen gelten als bei der entsprechenden sozialen Schicht der Bevölkerung der BRD. Dieser Fragebogen wurde parallel zum 45-items-GHQ benutzt.

2.6. Die Interview-Untersuchung

2.6.1. Die ausgewählten Fälle, Auswahlkriterien

Nach dem Abschluß jeder der Hauptuntersuchungen in München und in Veria wurde sofort das von den Schülern ausgefüllte Testmaterial nachgeprüft. Ziel dieses zweiten Untersuchungsstadiums war, so schnell wie möglich kritische Fälle heraus zufiltern, um sie zu interviewen. Zuerst wurden die 45-items-GHQ-Rohsumme (GOLD 45-Gesammtscores) ausgerechnet. Jedes item (0-45) hatte 5 Antwortmöglichkeiten, die mit einer Punkteskala von 0-4 bewertet wurden. Die Auswahlkriterien für die nachfolgenden Interviews waren entweder:

1) eine GOLD 45-Rohsumme über 101 Punkte:
   diese Population erfaßt eine Gruppe mit einem höheren Erkrankungsrisiko (Risiko-Gruppe)
2) eine GOLD 45-Rohsumme unter 60 Punkte:
   diese Population erfaßt eine Nicht-Risikogruppe (extrem wenig auffällig).

Sie wurde als Kontrollgruppe herangezogen, da der GHQ-Test zum ersten Mal bei der griechischen Population benutzt wurde.

In München wurden 75 Probanden ausgewählt, davon jedoch nur 69 explo-riert (26 in der Nicht- Risikogruppe und 43 in der Risikogruppe). 2 Probanden der Risikogruppen hatten das Interview aus persönlichen Gründen abgelehnt, 4 Probanden waren nach Griechenland zurückgekehrt. Von der Nicht-Risikogruppe hatten 15 Probanden wegen bevorstehender Prüfungen abgelehnt. Von den verbliebenen 69 Probanden gehörten 43 in die Risikogruppe und 26 in die Nicht-Risikogruppe

In Veria konnten aus Zeitgründen und da die Autorin die einzige Interviewerin war, nur 1/3 der Probanden (96), die die Auswahlkriterien erfüllten, interviewt werden. Da die Relation zwischen den zwei Populationen der Screening-Untersuchung (2702 GG : 867 GD) 3 zu 1 betrug, wurde eine zufällige Stichprobe von 100 Probanden aus den 302 Schülern die die Auswahlkriterien erfüllten, vorgenommen, um das Zahlenverhältnis anzugleichen. Die Auswahl erfolgte: Score-Ergebnis aufsteigend sortiert, und dann entsprechend jede Dritte entnommen. Von den 100 Schülern konnten aus den oben erwähnten Zeitgründen nur 97 interviewt werden. Darunter gehörten 65 zur Risikogruppe und 32 zur Nicht-Risikogruppe.

Die ausgewählten Fälle

	München	Veria
Zahl der ausgewählten Fälle:	75	100 (302)*2
Zahl der interviewten Fälle:		
Zahl der Risikoschüler mit 45-GOLD-Gesamtscore über 101 Punkten	43	65
	32 weibl.	38 w.
	11 männl.	27 m.
Zahl der Nicht-Risikoschüler mit 45-GOLD-Gesamtscore unter 60 Punkten	26	32
	10 weibl.	18 w.
	16 männl.	14 m
Zahl der nicht-interviewten ausgewählten Fälle*1:	6	3

*1 wegen Ablehnung des Interviews, Rückkehr nach Griechenland oder aus Zeitgründen

*2 Da die Relation zwischen den zwei Populationen der Screening-Untersuchung 2702 GG : 867 GD = 3:1 betrug, wurde eine zufällige Stichprobe von 100 Probanden aus den 302 Schülern, die die Auswahlkriterien erfüllten, vorgenommen um das Zahlenverhältnis anzugleichen.

2.6.2. Ort und Zeitpunkt der Interviews

In München wurden die Interviews 6 Monate nach Ausfüllen der Testbögen ausgeführt. Um einen möglichen statistischen Fehler zu korrigieren, wurde von den 75 Probanden noch einmal das 45-items-GHQ ausgefüllt und eine ausführliche Anamnese für die Zeit der Screening-Untersuchung durchgeführt.
Es war zuerst vorgesehen, alle Probanden nur in der Schule zu interviewen. Wegen dieser zeitlichen Verschiebung (Mangel an Fachkräften, verspätete Untersuchungserlaubnis) hatten 9 der Schüler die Schule bereits absolviert oder verlassen. 5 von diesen wurden unter größten Schwierigkeiten in der elterlichen Wohnung interviewt, die noch fehlenden 4 waren nach Griechenland zurückgekehrt.

In Veria wurden die Interviews wenige Tage nach der Sreening-Untersuchung - wie vorgesehen - in der Schule durchgeführt.

2.6.3. Das ausführliche psychiatrische Interview

Ziel der nachfolgenden Interviews der Gesamtzahl der Schüler (164) war, die Ergebnisse des Screening-Tests zu verifizieren und die psychopathogene Wirkung der Umwelt aufzuzeigen. Jede Exploration dauerte 1 - 4 Stunden und umfaßte 3 Teile:

1) Überprüfung der psychischen Auffälligkeiten oder Unauffälligkeiten der Schüler mit Hilfe des freien standardisierten Interviews von GOLDBERG.D (25,24)(Anhang 2).
2) Aufklärung der sozialen und familienbezogenen Bindungen, unter denen die Schüler leben sowie der besondere Charakter der griechischen Jugendlichen in der BRD mit Hilfe eines zusätzlichen Fragebogens zur Erhebung sozial-kultureller Daten (von Dr. WEYERER und der Autorin ausgestellt)(Anhang 3).
3) Dann hatten die Probanden noch 4 Listen auszufüllen: Liste A über die Freizeiträume, Liste B über die subjektiven, körperlichen Beschwerden und die Listen C,D über die Einstellung der Probanden zu den Deutschen bzw. den Griechen (Anhang 3).
4) Nach der Exploration hattejeder Schüler - manchmal mit Hilfe der Autorin - zusätzlich den Mannheimer Fragebogen (Anhang 4) auszufüllen, damit seine Antworten bei der Exploration sowie seine sozialkulturellen Daten überprüft werden konnten.

Das unter 1) genannte Interview war das Hauptinstrument für die Untersuchung. Die Symptomkategorie (22) zur Erhebung der psychischen Auffälligkeiten im freien Interview sind:

1) Ein Symptombogen zur subjektiven Beurteilung :
körperliche Symptome, Müdigkeit, Schlafstörung, Schlaftabletten, Depression, Angst, Phobien, Zwangsphänomene, Depersonalisation (Anhang 3).

2) Ein Symptombogen zur objektiven Beurteilung :
langsam, abwehrend, demonstrativ, deprimiert, ängstlich, gehoben, affekt-verflacht, Wahn, Halluzinationen, gestörte Intelligenz, Hypochondrie, depressive Gedanken (Anhang 2).

Der Ausprägungsgrad der Symptome reichte von 0 - 4 (0 = keine Störung, 1 = schwach, 2 = mäßig, 3 = ausgeprägt, 4 = schwer)(siehe Tabelle 2, Kap. D).

2.6.4. Methodisches Vorgehen und Schwierigkeiten der Interview-Durchführung

In der Schule: Das Interview wurde von der Autorin in einem leeren Klassenraum allein mit den Probanden durchgeführt. Allen Probanden, die interviewt wurden, wurden die Auswahlkriterien wie auch der Inhalt des Interviews erläutert. Nach einem einleitenden Gespräch wurde schrittweise das eigentliche Interview durchgeführt. Während des 1-4 stündigen Gesprächs wurden von der Autorin ausführliche Notizen gemacht. Bei 3 schwierigen Fällen wiederholte man das Interview am nächsten Tag.

In der Wohnung: Die Eltern wurden ebenfalls über den Grund des Besuches informiert, wenn sie zu Hause waren. Bei einer Probandin hatte der schwer depressive Vater (bekannt aufgrund seiner Krankengeschichte in der psychiatrischen Klinik) mit seinem mißtrauischen Verhalten fast das Interview verhindert. Bei allen Probanden war die Kranheitseinsicht geringer, wenn die Familienmitglieder dabei waren. Das Interview wurde in einem Wohnraum nur mit den Probanden durchgeführt, ohne die Anwesenheit der Eltern.

Im folgenden werden einige vergleichende Ergebnisse dargestellt, die vier Stichproben umfassen:

1. Griechische Schüler in Deutschland (GD m)
2. Griechische Schülerinnen in Deutschland (GD f)
3. Griechische Schüler in Griechenland (GG m)
4. Griechische Schülerinnen in Griechenland (GG f)

Im folgenden Abschnitt werden die Testergebnisse noch nicht interpretiert. Dies soll zusammen mit den Interview Ergebnissen in der Diskussion erfolgen.

Alle Werte aus dem GHQ wurden aus technischen Gründen in einer Skala von 0-4 kodiert. (vgl. Kapitel B:2.5). Die Schülerinnen in Veria (GG f) wiesen im allgemeinen bei allen GOLDBERG-Werten (GOLDBERG-Gesamtscores, Faktor A, B, C, D)(vgl. Kapitel C: 4.1.1.) signifikant höhere Werte auf als die übrigen Stichproben (GG m, GD f, GD m).

1.1. GOLDBERG-Gesamtscore: GOLD-30 oder GOLD-28 (Skizze 1 und Tabellen 1,2,3)

Bei den beiden Populationen der griechischen Schüler in Veria und in München (GD = 867 und GG = 2702) zeigen sich keine signifikanten Wert-Unterschiede in Bezug auf den GOLD-30-Gesamtscore (30-items-GHQ)(vgl. Kapitel B:2.5.1.). In Bezug auf die GOLD-28-Gesamtscore (28-items-GHQ) weist die Population der griechischen Schüler in Veria hingegen signifikant ($p = 0,000$) höhere Werte auf als die Population der Befragten in München.

Wiederum zeigen beide weiblichen Stichproben (GD f, GG f) beim den GOLD-28-Gesamtscore signifikant höhere Werte auf als die zwei männlichen Stichproben (GD m, GG m)($p = 0,000$).

Insgesamt weisen die Schülerinnen in Veria signifikant ($p = 0,000$) höhere Werte auf als die übrigen Stichproben (GD f, GD m, GG m)(vgl. mit Tabelle 1). Aus der Skizze 1 ist zu ersehen, daß sich bei den zwei Stichproben eine homogene Verteilung darstellt. Der maximale Häufigkeitswert der Befragten, 37,3 % bei GD und 31,5 % bei GG, liegt bei 1,75 Punkten (MEDIAN). Die Werte 1,5-2 umfassen bei den Gruppen der griechischen Schüler in München 88,7 % der untersuchten Population und bei den Schülern in Veria 76,2 %. Diese leichte Verschiebung der Häufigkeitsverteilung bedeutet mit großer Wahrscheinlichkeit ein größeres Krankheitsrisiko bei den Befragten in Griechenland.

Tabelle 1 MEDIAN-TEST

	I. MEDIAN (Werte)				II. Vergleichende Ergebnisse zwischen den Stichproben				
	Gr. in BRD		Gr. in Veria		GDm/GDf	GGm/GGf	GD/GG	GDf/GGf	GDm/GGm
Variable	GDm	GDf	GGm	GGf	p	p	p	p	p
GOLD-30-SCORE	1,62	1,71	1,62	1,79	0,000	0,000	0,115 ns	0,000	0,606 ns
GOLD-28-SCORE	1,43	1,52	1,46	1,61	0,000	0,000	0,000	0,000	0,606
GOLD A	1,28	1,36	1,34	1,49	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
GOLD B	1,44	1,60	1,54	1,83	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
GOLD C	1,88	1,91	1,75	1,83	0,300 ns	0,000	0,000	0,000	0,000
GOLD D	1,09	1,13	1,13	1,27	0,024	0,000	0,000	0,000	0,002
N	414	453	1255	1445					

GD = Griechen in der BRD (GDf = weiblich, GDm = männlich)
GG = Griechen in Griechenland (GGf = weiblich, GGm = männlich)

GOLD-30 SCORE = Gesamtscores von dem Fragebogen: 30 items-GHQ
GOLD-28 SCORE = Gesamtscores von dem Fragebogen: 28 items-GHQ
GOLD A = Somatische Symptome
GOLD B = Angst und Schlafstörungen
GOLD C = Soziale Dysfunktion
GOLD D = Depression
ns = nicht signifikant

Tabelle 2 Schweregrad der Diagnose

1. Risikoschüler in München:

1. psychiatrische Diagnose:	Schweregrad 1	2	3	x	SD
Schweregrad letzte 7 Tage	39%	42%	19%	1,75	0,84
Schweregrad letzte 12 Monate	22%	52%	25%	1,97	0,81
2. psychiatrische Diagnose:					
Schweregrad letzte 7 Tage	64%	31%	6%	0,97	1,00
Schweregrad letzte 12 Monate	17%	29%	11%	1,09	1,10

2. Risikoschüler in Veria:

1. psychiatrische Diagnose:	Schweregrad 1	2	3	x	SD
Schweregrad letzte 7 Tage	32%	35%	29%	1,87	0,89
Schweregrad letzte 12 Monate	27%	41%	19%	1,67	1,75
2. psychiatrische Diagnose					
Schweregrad letzte 7 Tage	16%	23%	11%	0,95	1,09
Schweregrad letzte 12 Monate	10%	5%	8%	1,00	1,48

3. Schweregrad des gesamten Befundes

0 = Normal
1 = Leicht abnorme Charakterzüge, keine psychische Erkrankung
2 = Leichte psychische Erkrankung, die eine ärztliche Behandlung (z. B. Medikamente) rechtfertigt.
3 = Psychische Erkrankung mäßigen Grades, rechtfertigt wahrscheinlich Überweisung an und Behandlung durch einen Facharzt (z. B. in einer Poliklinik)
4 = Relativ schwere psychische Erkrankung, erfordert wahrscheinlich stationäre oder teilstationäre Behandlung

Tabelle 3

Gesamter Mittelwert GOLD-30;GOLD A;GOLD B;GOLD C;GOLD D; bei GG und GD

	GOLD-30		GOLD A		GOLD B		GOLD C		GOLD D		
	x	SD	x	SD	x	SD	x	SD	x	SD	N
GG	1,76	0,39	1,54	0,50	1,77	0,59	1,79	0,39	1,37	0,53	2702
GD	1,71	0,43	1,40	0,45	1,61	0,59	1,85	0,44	1,27	0,52	867

GD = Griechen in der BRD
GG = Griechen in Griechenland

GOLD-30 SCORE = Gesamtscores von dem Fragebogen: 30 items-GHQ
GOLD A = Somatische Symptome
GOLD B = Angst und Schlafstörungen
GOLD C = Soziale Dysfunktion
GOLD D = Depression

Tabelle 4a Vergleichende Ergebnisse zwischen GOLD-30,A,B,C,D, und Alter
(KRUSKAL WALLIS - TEST)

	Griechen in München		Griechen in Veria	
	p	Alter	p	Alter
GOLD-30 Gesamtscore:	0,000	13,14...19	0,000	13,14,...19
Somatische Symptome:	0,059 ns	"	0,000	"
Angst- und Schlafstörung:	0,049	"	0,000	"
Soziale Dysfunktion:	0,004	"	0,001	"
Depression:	0,008	"	0,000	"
N	867		2702	

(Erklärungen wie Tabelle 3)

Tabelle 4 b Varianzanalyse

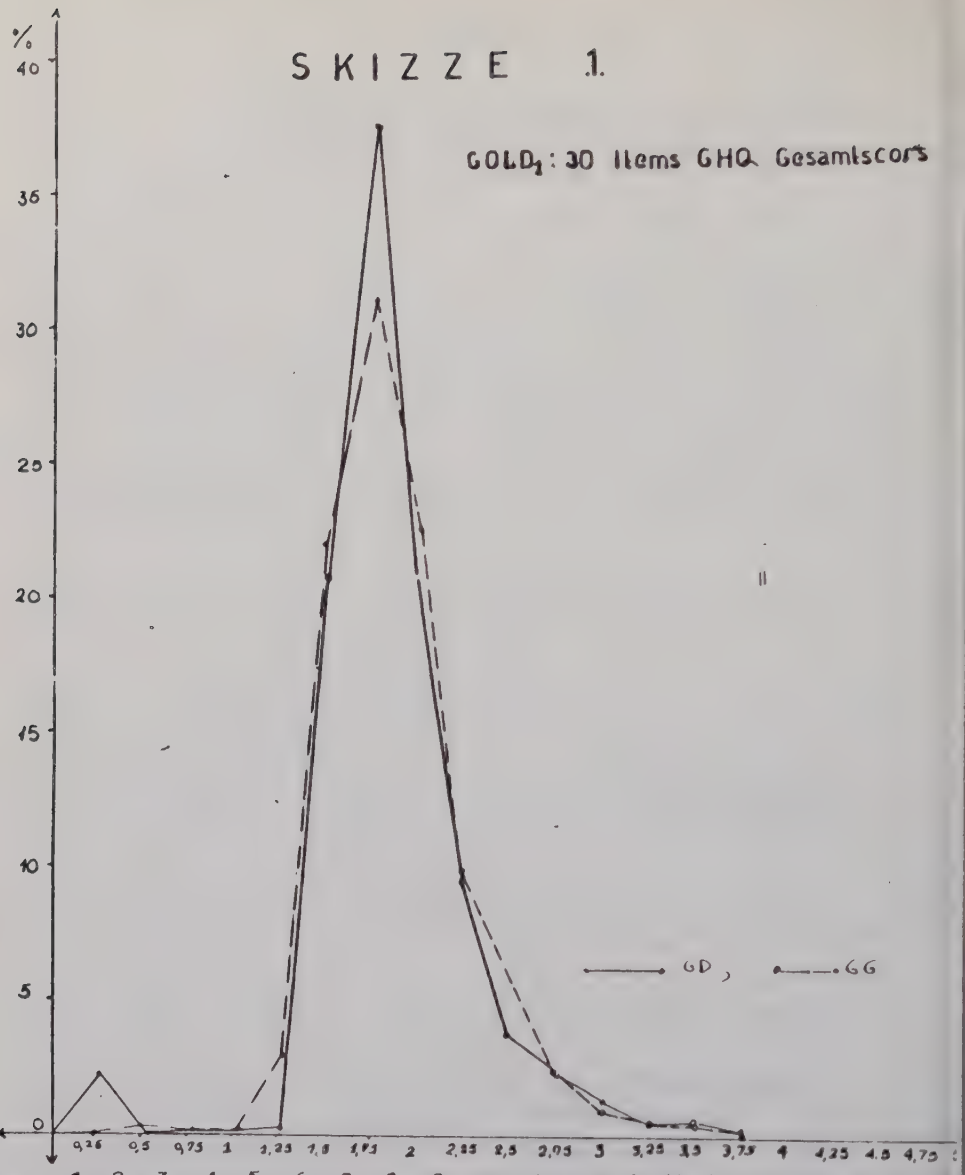
Mittelwert der GOLD-30;GOLD A;GOLD B;GOLD C;GOLD D; GOLD-28; GOLD-45
bei GG und GD in Bezug auf Alter (Varianzanalyse,ANOVA-Tabelle)

	GOLD-30		GOLD A		GOLD B		GOLD C		GOLD D		GOLD-45		GOLD-28	
GD	x	SD	x	SD	x	SD	x	SD	x	SD	x	SD	x	SD
13	1,67	0,43	1,34	0,39	1,55	0,57	1,81	0,40	1,26	0,56	1,59	0,40	1,49	0,40
14	1,62	0,46	1,36	0,49	1,55	0,60	1,76	0,50	1,24	0,53	1,56	0,45	1,48	0,45
15	1,73	0,40	1,39	0,41	1,62	0,56	1,87	0,41	1,33	0,56	1,65	0,39	1,55	0,40
16	1,79	0,36	1,44	0,37	1,68	0,54	1,93	0,37	1,26	0,45	1,69	0,32	1,57	0,33
17	1,80	0,43	1,49	0,59	1,69	0,65	1,93	0,44	1,27	0,42	1,71	0,41	1,59	0,43
18	1,75	0,55	1,46	0,56	1,71	0,66	1,82	0,56	1,28	0,64	1,67	0,53	1,57	0,54
19	1,79	0,34	1,50	0,47	1,67	0,54	1,90	0,36	1,31	0,42	1,70	0,34	1,59	0,34
ANOVA	p=0,002		p=0,091		p=0,188		p=0,004		p=0,788		p=0,017		p=0,128	

	GOLD-30		GOLD A		GOLD B		GOLD C		GOLD D		GOLD-45		GOLD-28	
GG	x	SD	x	SD	x	SD	x	SD	x	SD	x	SD	x	SD
13	1,63	0,32	1,40	0,40	1,57	0,50	1,73	0,36	1,25	0,42	1,57	0,31	1,49	0,33
14	1,73	0,39	1,51	0,47	1,73	0,58	1,77	0,39	1,37	0,56	1,67	0,38	1,59	0,40
15	1,82	0,39	1,58	0,50	1,86	0,60	1,85	0,40	1,42	0,56	1,76	0,38	1,68	0,40
16	1,88	0,38	1,72	0,55	1,97	0,57	1,83	0,38	1,48	0,56	1,83	0,38	1,75	0,41
17	1,92	0,41	1,71	0,59	2,00	0,61	1,87	0,42	1,50	0,57	1,86	0,40	1,77	0,42
18	1,93	0,42	1,78	0,58	2,05	0,61	1,88	0,33	1,52	0,69	1,88	0,43	1,81	0,45
19	1,85	0,31	1,69	0,45	2,12	0,44	1,71	0,28	1,42	0,42	1,79	0,42	1,74	0,35
ANOVA	p=0,000		p=0,000		p=0,000		p=0,000		p=0,000		p=0,000		p=0,000	

GD = Griechen in der BRD GG = Griechen in Griechenland
GOLD A = Somatische Symptome
GOLD B = Angst und Schlafstörungen
GOLD C = Soziale Dysfunktion
GOLD D = Depression
GOLD-45 SCORE = Gesamtscores von dem Fragebogen: 45 items-GHQ
GOLD-28 SCORE = Gesamtscores von dem Fragebogen: 28 items-GHQ
GOLD-30 SCORE = Gesamtscores von dem Fragebogen: 30 items-GHQ

SKIZZE 1.



		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
—— GD	N	19	0	0	1	14	180	324	180	82	32	19	7	4	4	2					
	%	2,2	0	0	0,1	1,6	20,7	37,3	20,7	9,4	3,7	2.2	0,8	0,5	0,5	0,2					
-- GG	N	3	9	5	6	78	595	850	614	265	153	62	34	17	10	1					
	%	0,1	0,3	0,2	0,2	2,8	22,0	31,5	22,7	9,8	5,7	2,3	1,3	0,6	0,4	0,0					

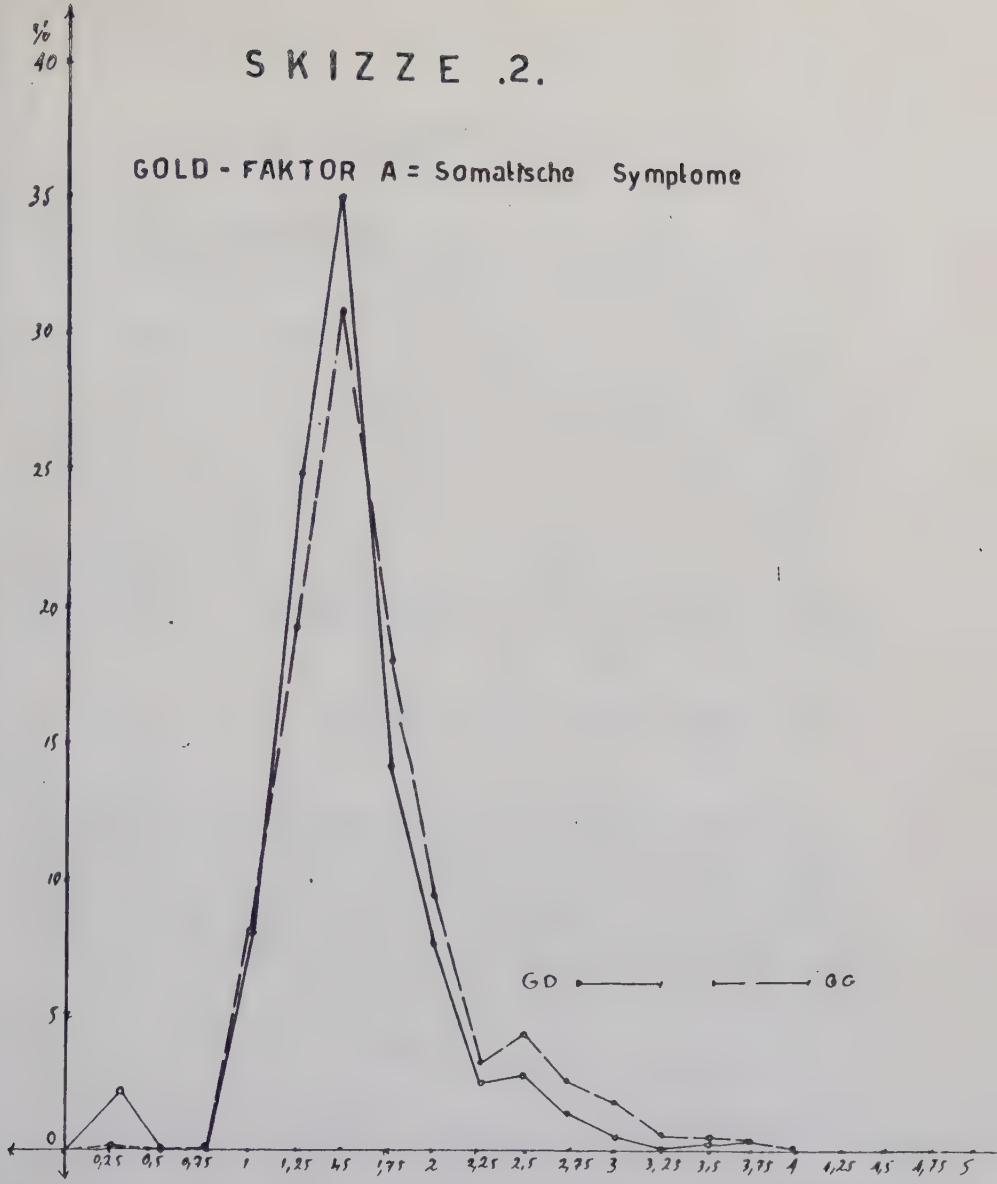
Tabelle 5:

GOLD-28 Gesamtscore und soziale Schicht (MEDIAN-Test)

Griechen in der BRD	Sozialschicht Code 1 - 2	3 - 4	5	p=0,805ns
MEDIAN	1,50	1,43	1,47	
x	1,60	1,54	1,53	
SD	0,49	0,39	0,43	
N	51	314	497	

Griechen in Griechenl.	Sozialschicht Code 1 - 2	3 - 4	5	p=0,665ns
MEDIAN	1,53	1,52	1,52	
x	1,63	1,62	1,68	
SD	0,40	0,40	0,39	
N	732	1496	240	

SKIZZE .2.



♂

LD A

D

G

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
N	17	0	0	70	216	305	123	67	22	24	12	4	1	2	3					
%	2,2	0	0	9,1	24,9	35,1	14,2	7,7	2,5	2,8	1,4	0,5	0,1	0,2	0,3					
N	6	1	5	215	522	835	490	258	90	115	71	49	15	13	12	2				
%	0,2	0,1	0,2	8,0	19,3	30,9	18,1	9,5	3,3	4,3	2,6	1,8	0,6	0,5	0,4	0,1				

1.2. GOLD-Faktor A : somatische Symptome (vgl. Tabellen 1,3 sowie Skizze 2)

Bei dem GOLD-Faktor A bestehen signifikante Gruppendiffenzen. Die Gruppe der Schüler in Veria (GG) hat signifikant (p = 0,000) höhere Werte erreicht als die Gruppe der Gastarbeiterkinder.
Die beiden Mädchengruppen (GD f, GG f) weisen signifikant höhere Werte (p = 0,000) auf als die Jungen (GD m, GG m). Insgesamt zeigen die Schülerinnen in Veria signifikant höhere Werte als die übrigen drei Gruppen (GG m, GD f, GD m). Der Höchstkonzentrationspunkt der befragten Schüler (24,9 % bei GD und 19,3 % bei GD) liegt bei 1,25 Punkten (MEDIAN)(Skizze 2). Zu beachten wäre noch ein relatives Maximum bei der Häufigkeitsverteilung des Wertes 2,5. Insgesamt umfassen die Werte 1 - 2 bei den Schülern in München 75,7 % und bei den Schülern in Veria 86,6 %. Daraus wird eine deutliche Verschiebung der Häufig- keitsverteilung bei den Befragten in Veria ersichtlich.

1.2.1. Somatische Symptome (GOLD A) und Alter (Tabelle 4,1)

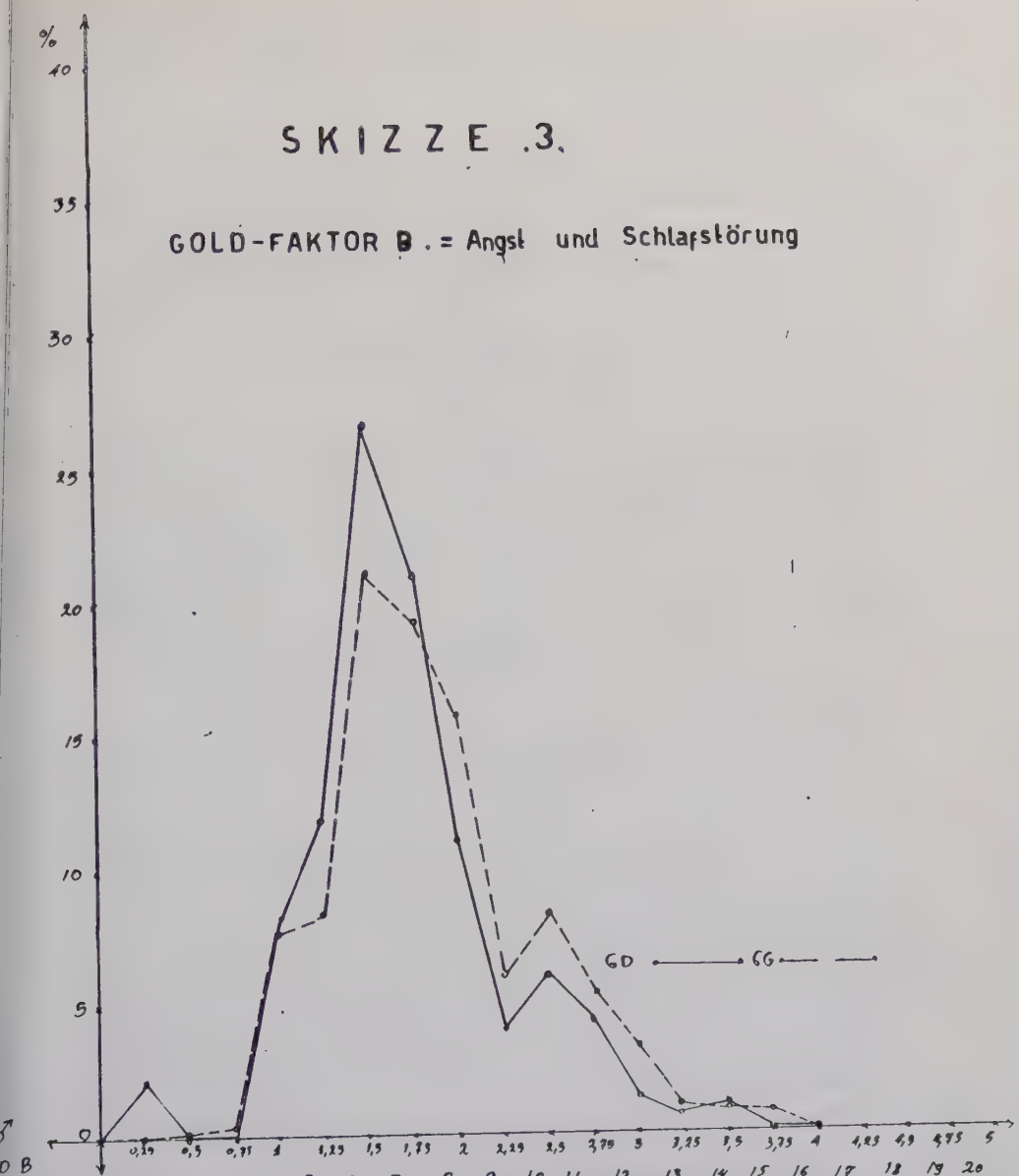
Die altersspezifischen Unterschiede in Bezug auf die Ausprägung des GOLD-Faktors A sind bei den Schülern in Veria signifikant, nicht jedoch bei den Schülern in München. Die Altersstufen der 16 - 18-jährigen Schüler in Veria erreichen signifikant höhere Werte (Tabelle 4), was wohl mit dem Panhellenischen Examen (neu eingeführt in Griechenland) (vgl. Kapitel A:2,5) in engem Zusammenhang steht.

1.2.2. GOLD-Faktor A und soziale Schichten

Hier zeigen sich weder bei der Population der Schüler in Veria noch in München signifikante schichtspezifische Differenzen.

SKIZZE .3.

GOLD-FAKTOR B. = Angst und Schlafstörung



		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	N	19	0	0	72	103	232	183	97	36	52	37	13	8	10	3	3				
	%	2,2	0	0	8,3	11,9	26,7	21,1	11,2	4,1	6,0	4,3	1,5	0,9	1,2	0,3	0,3				
	N	2	6	14	209	277	573	523	430	164	226	144	93	32	27	24	5				
	%	0,1	0,2	0,5	7,7	8,4	21,2	19,4	15,9	6,1	8,4	5,4	3,4	1,2	1,0	0,9	0,2				

1.3. GOLD-Faktor B Angst- und Schlafstörung (Tabelle 3,1; Skizze 3)

Beim GOLD-Faktor B zeichnen sich signifikante Gruppendifferenzen ab. Diese sind fast identisch mit den bei GOLD A beschriebenen gruppenspezifischen Unterschieden. Die Gruppe GG f zeigt signifikant höhere Werte als die Gruppen GG m und GD f ($p = 0,000$) und die Gruppe der Schülerinnen in München wiederum signifikant höhere Werte als die der Schüler ($p = 0,000$) in München. Interessant ist aber die Häufigkeitsverteilung der Befragten in Bezug auf diesen Faktor (Angst- und Schlafstörung).

Wie aus der Skizze 3 zu ersehen ist, ähneln beide Verteilungen einer Normalverteilung und zeigen eine breitere Streuung als die von den übrigen Faktoren herausgearbeiteten Verteilungen (Skizze 3). Es können zwei Höhepunkte bei der Häufigkeitsverteilung beider Stichproben beobachtet werden, nämlich ein Höchstkonzentrationspunkt (MEDIAN) beim Wert von 1.75, und dann noch einen relativen Höhepunkt bei 2,5. Insgesamt umfassen die Werte 1,25 - 2,5 der Stichprobe in Griechenland 79,8 % und der Stichprobe in der BRD 68,7 % (Gruppen GD, GG im Bezug auf GOLDBERG-Faktor B).

1.3.1. Angst- und Schlafstörung (Faktor B) und Alter (Tabellen 1,4)

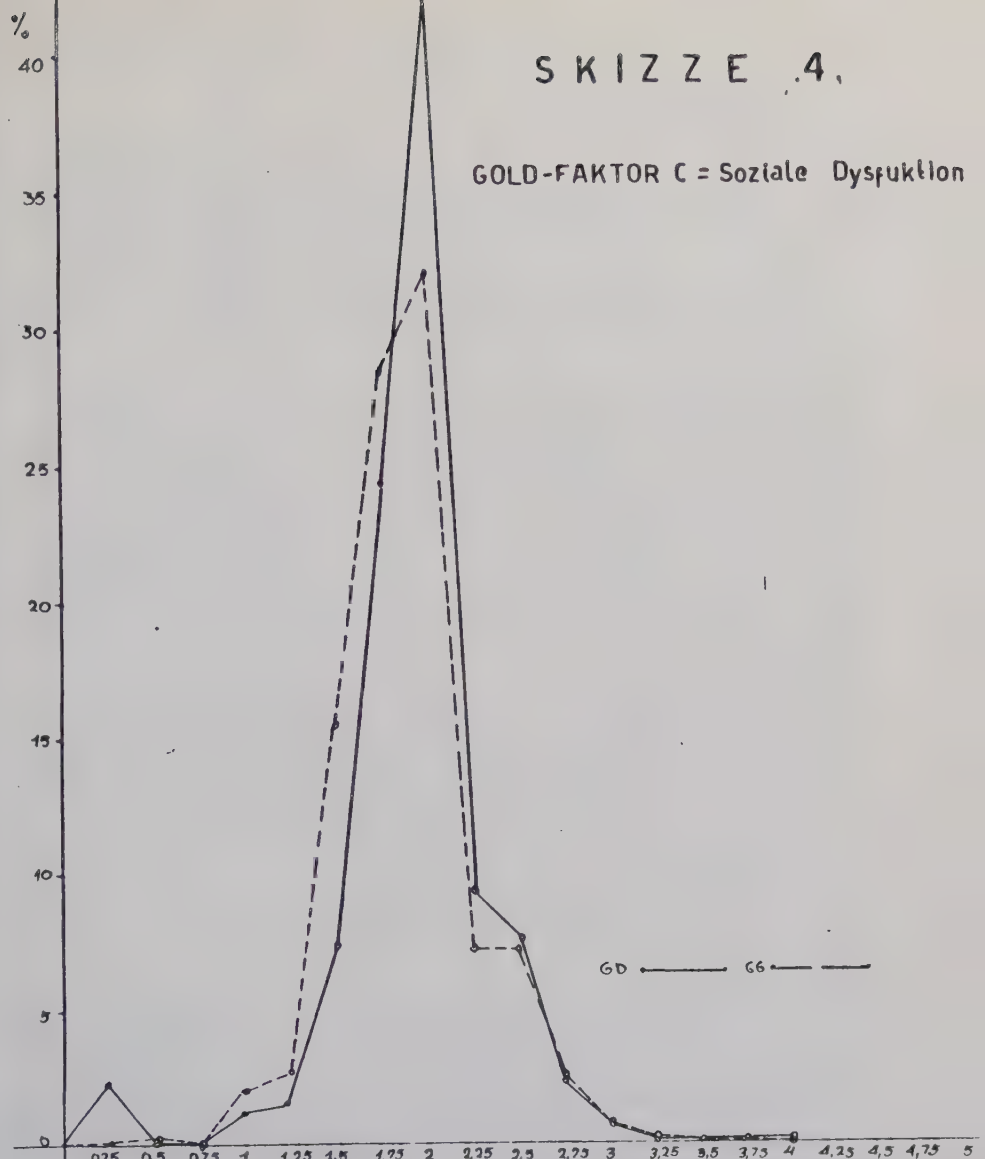
Die altersspezifischen Unterschiede in Bezug auf die Ausprägung des GOLD-Faktors B sind signifikant bei den Schülern in Veria ($p = 0,000$), nicht jedoch bei den Schülern in München.
Die Gruppen der Altersstufen über 16 Jahre erreichen bei den Schülern in Veria zunehmend höhere Werte, wobei das Maximum bei der Gruppe der 18-jährigen liegt. Diese Ergebnisse müßen ähnlich wie bei den Faktor-A Ergebnissen im Zusammenhang mit der Schulreform in Griechenland gesehen werden.

1.3.2. Angst, Schlafstörung und soziale Schicht

Auch hier sind keine signifikanten schichtspezifischen Unterschiede zu erkennen.

SKIZZE .4.

GOLD-FAKTOR C = Soziale Dysfuktion



♀♂

GOLD C

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
G.D N	19	0	0	10	13	64	212	368	82	67	20	6	1	2	2	2				
G.D %	2,2	0	0	1,2	1,5	7,4	24,4	42,4	9,4	7,7	2,3	0,7	0,1	0,2	0,2	0,2				
G G N	4	7	2	54	73	422	773	869	194	196	70	21	7	5	4	1				
G G %	0,1	0,3	0,1	2,0	2,7	15,6	28,6	32,2	7,2	7,3	2,6	0,8	0,3	0,2	0,1	0,0				

1.4. GOLD-Faktor C (soziale Dysfunktion) (Tabellen 1,3; Skizze 4)

Bei dem GOLD-Faktor C zeichnen sich signifikante Gruppendifferenzen ($p = 0{,}000$) ab. Die Gruppe der Schüler in München (GD) weist signifikant ($p = 0{,}000$) höhere Werte auf als die Schüler in Veria (GG), während sich für die Gruppe der Schülerinnen in München (GD f), die wiederum keine signifikanten gruppenspezifischen Unterschiede mit den Schülern in München (GD m) aufweisen, höhere Werte errechnen, als für die Gruppe der Schülerinnen in Veria.

Bei den Stichproben findet sich eine homogene Verteilung. Der Höchstkonzentraktionspunkt der befragten Schüler(42,4 % bei GD und 32,2 % bei GG) liegt bei Wert 2 (MEDIAN). Die Werte 1,5 - 2,25 umfassen 83,6 % der untersuchten Population der griechischen Schüler in München wie in Veria. Aus der Skizze 4 ist eine Verschiebung der Häufigkeitsverteilung nach rechts bei den Befragten in der BRD sowie ein relatives Maximum beim Wert 0,25 zu ersehen. Zwischen den Werten 2,25 - 2,5 besteht bei der Verteilung der Befragten in Griechenland ein schwierig zu interpretierendes Plateau.

Aus der Faktor-Analyse ist zu entnehmen, daß nur beim Faktor "soziale Dysfunktion" die Stichprobe in Griechenland signifikant höhere Werte aufweist als die Strichprobe in Deutschland, die wiederum bei den übrigen Faktoren A, B, D immer höhere Werte zeigt. Auf diesen Punkt wird in der Diskussion ausführlicher eingegangen.

1.4.1. Soziale Dysfunktion (GOLD C) und Alter (Tabelle 4)

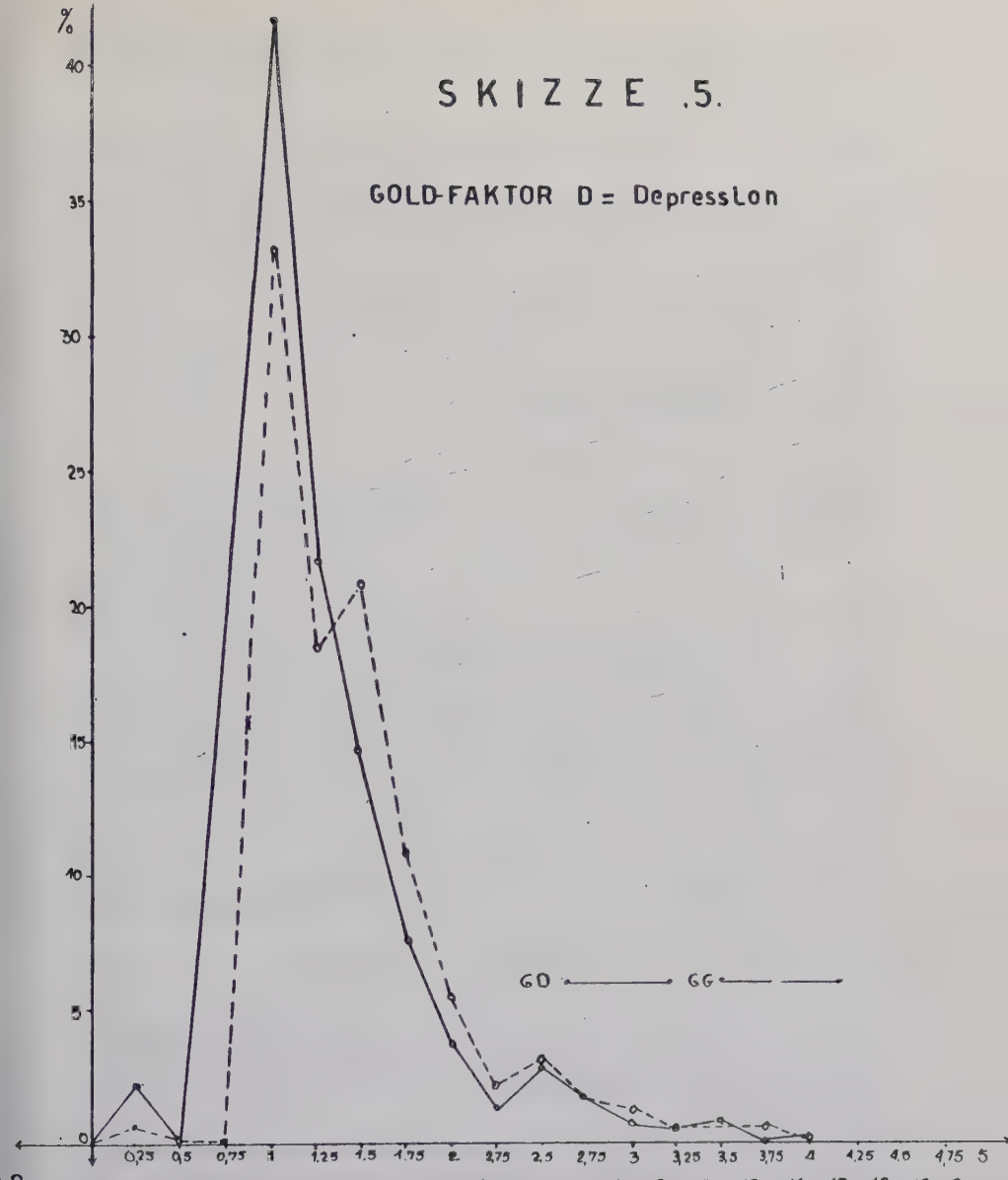
Die altersspezifischen Unterschiede in Bezug auf die Ausprägung des GOLD-Faktors C sind signifikant bei Schülern in Veria ($p = 0{,}000$) und auch in München ($p = 0{,}004$). Bei der Gruppe der Schüler in München (GD) erreichten die Altersstufen der 16 - 17-jährigen und 19-jährigen die höchsten, die der 14-jährigen die niedrigsten Werte. Bei der Gruppe der Schüler in Veria (GG) besteht die signifikante Tendenz ($p = 0{,}014$), daß mit fortschreitendem Alter die Werte zunehmen mit einem Maximum bei den 18-jährigen.

1.4.2. GOLD-Faktor C und soziale Schicht

Hier sind keine signifikanten schichtspezifischen Unterschiede zu erkennen.

SKIZZE .5.

GOLD-FAKTOR D = Depression



D

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
N	19	0	0	363	188	128	66	32	12	24	15	6	4	7	1	3				
%	2,2	0	0	41,8	21,7	14,7	7,6	3,7	1,4	2,8	1,7	0,7	0,5	0,8	0,1	0,3				
N	18	2	3	904	498	566	287	147	57	87	47	35	15	17	17	4				
%	0,7	0,1	0,1	33,4	18,4	20,4	10,6	5,4	2,1	3,2	1,7	1,3	0,6	0,6	0,6	0,1				

1.5. GOLD-Faktor D (Depression)
(Tabellen 1,3; Skizze 5)

Wie bei den Faktoren A und B zeigen sich beim Faktor "Depression" hochsignifikante Gruppendifferenzen (p = 0,000), da die Gruppe der GG signifikant höhere Werte als die Gruppe GD erreicht. Auch hier liegen die Werte des Faktor D bei den Schülerinnen in Veria (GG f) signifikant höher (p = 0,000) als bei den Schülern in Veria (GG m). Ähnliche Werte ergeben sich im Verhältnis der Schülerinnen in München (GD f) zu den Schülern in München (p = 0,024)(Tabelle 1).

Wie aus der Skizze 5 zu ersehen ist, zeigt sich bei den Häufigkeitsverteilungen der Befragten eine breite Streuung. Die Werte 0,75 - 1,5 erfassen bei den GD 85,9 % der untersuchten Population und bei den GD 83,3 % der Untersuchten. Zu beachten ist, daß bei den Häufigkeitsverteilungen nach einem relativen Maximum beim Wert 0,25 die Kurve noch einmal ansteigt und beim Wert 0,75 einen Höchstkonzentrationspunkt (MEDIAN) erreicht. Die Verteilung der GD fällt danach fast kontinuierlich steil bis zum Wert 2 ab. Es folgt wieder ein relatives Maximum (bei Wert 3,5 der Depressionsskala). Die Verteilung der GG fällt vergleichbar, um nach einem kurzen Plateau entgültig abzusinken. Im Bereich zwischen 1,25 und 1,75 erreicht sie, wie bei den GD, ein relatives Maximum.
Ansonsten ist noch auf eine leichte Verschiebung der Häufigkeitsverteilung bei den Befragten in Veria nach rechts hinzuweisen.

1.5.1. Depression (GOLD-D) und Alter
(Tabelle 4)

Bei der Gruppe der Schüler in Veria (GG) zeigt sich eine signigikante Tendenz (p = 0,000), wobei mit fortschreitendem Alter die Werte zunehmen (Tabelle 4).
Bei den griechischen Schülern in München zeichnen sich in Bezug auf die Ausprägung des GOLD D keine signifikanten altersspezifischen Unterschiede ab.

1.5.2. Depression (GOLD D) und soziale Schicht

Auch hier sind keine signifikant schichtspezifischen Unterschiede zu erkennen.

1.6. Zusammenfassung der Ergebnisse der Screening-Untersuchung (Tabelle 1, 2, 3)

Aus den dargestellten Ergebnissen der GOLDBERG-Fragebogenanalyse ergeben sich folgende Schlußfolgerungen:

1) Es bestehen für die befragten Populationen in Veria signifikant höhere Werte in Bezug auf den Ausprägungsgrad der GOLDBERG-30-Gesamtscore und der GOLDBERG-Faktoren - wie Angst und Schlafstörung, somatische Symptome, Depression -, als für die Befragten in München (Skizze 2, 3, 5, Tabelle 1)
2) Im Gegensatz hierzu ergeben sich bei der Stichprobe in der BRD in Bezug auf die Ausprägung des Faktors "soziale Dysfunktion" signifikant höhere Werte ($p = 0,00$) als bei der Stichprobe in Griechenland (Skizze 4, Tabelle 2).
3) Die beiden Stichproben der weiblichen Schüler zeigen signifikant höhere Werte ($p = 0,00$) als die Stichproben männlicher Schüler. (Tabelle 1)
4) Zwischen den einzelnen GOLDBERG-Faktoren ist eine Gruppendifferenz in Bezug auf den Ausprägungsgrad zu erkennen (Tabelle 3).
5) Die Faktoren GOLD B (Angst und Schlafstörung) und GOLD C (soziale Dysfunktion) zeigen die größte Ausprägung im Bereich der GOLDBERG-Ausprägungsskala 0-4, wie aus der folgenden Tabelle zu entnehmen ist.

Tabelle 7

Ausprägungsfolge des GOLD-Faktors		MEDIAN
GOLD B = Angst und Schlafstörung	1,25 - 2,5	1,75
GOLD C = Soziale Dysfunktion	1,5 - 2,25	2
GOLDBERG-Gesamtscore	**1,5 - 2**	**1,75**
GOLD A = Somatische Symptome	1 - 2	1,25
GOLD D = Depression	0,75 - 1,75	0,75

6) Der Faktor Angst zeigt bei Wert 2,5 ein relatives Maximum von 6 % bei GD und 8,4 % bei GG (Skizze 3)
7) Die vergleichenden Ergebnisse der Jugendlichen in Veria, deren Eltern oder die selbst irgendwann emigrierten (185), zur übrigen Population in Veria zeigen keine signifikanten Unterschiede beim GOLD-28- Gesamtscore ($p = 0,841$)(GOLD : $p = 0,226$).

2. Vergleichende Ergebnisse der Interviews

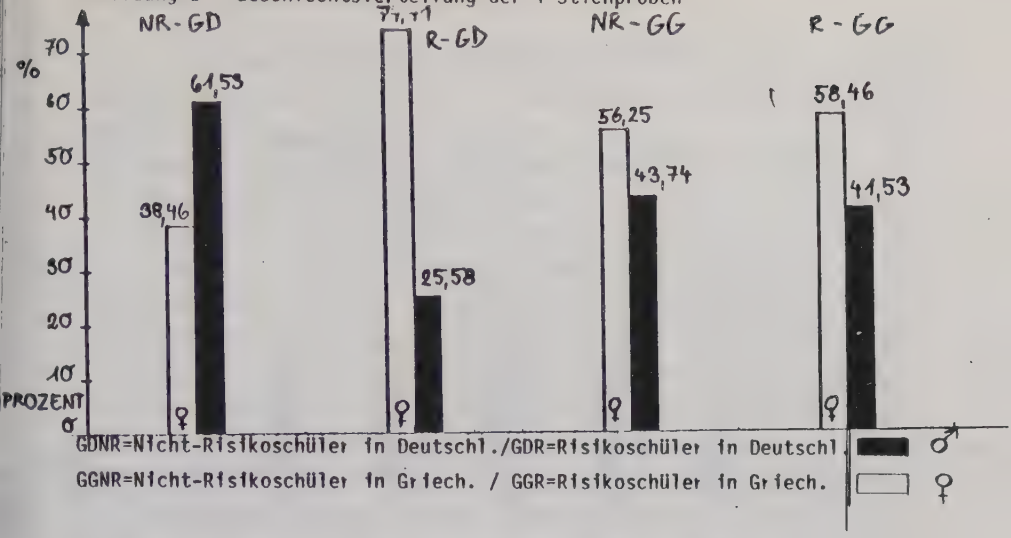
Neben der Fallbeschreibung und der Beschreibung der repräsentativen Fälle ist es für die intrapsychischen und aktuellen Konflikte des Zweitgenerationsemigranten notwendig, einzelne Ergebnisse, die den Interviews entnommen werden können, zu vergleichen. 69 Schüler wurden in griechischen Gymnasien und im griechischen Lyzeum in München befragt. Von diesen wiesen 43 Schüler einen GOLDBERG-Gesamtscore (GBGSC) von über 101 Punkte (Risiko-Schüler) auf und 26 Schüler einen GBGSC von weniger als 60 Punkte (Nicht-Risikoschüler). Von den 97 interviewten Schülern in Veria wiesen 65 Schüler einen GBGSC von über 101 Punkte (Risiko-Schüler) und 32 Schüler einen GBGSC von unter 60 Punkte (Nicht-Risikoschüler) auf.

2.1. Geschlechtsverteilung (Abb. 1)

Im Bezug auf die Geschlechtsverteilung ergeben sich aus der Analyse der Interviews folgende Ergebnisse:
Erwartungsgemäß (vgl. mit Kapitel C 1) ist die Mehrheit der griechischen Risikoschüler in München - und zwar weit über die Hälfte - weiblich, dagegen die Mehrheit der Nicht-Risikoschüler männlich (Abb.1).
Des weiteren ist es nicht überraschend, daß sich diese auffällige Verteilung nicht auch bei den Schülern in Griechenland zeigt (vgl. mit Kapitel B 1.4).
Bei den Risiko- und Nicht-Risiko-Schülern in Griechenland ergibt sich (Abb. 1) ein leichtes Überwiegen der Schülerinnen.
Dieses Ergebnis kann wie folgt erklärt werden:

1) Auflockerung des traditionellen Rollenverhaltens der Frauen in Griechenland, aber nicht bei den griechischen Arbeitsemigranten.
2) Geringeres Interesse bei den Schülern in Griechenland für diese Untersuchung in Vergleich zum Interesse der Schülerinnen.
3) Modifizierte Auswahlmethodik der Risiko- und Nicht-Risiko-Schüler.
4) Höhere Leistungserwartungen von den Eltern in Bezug auf ihre Söhne.

Abbildung 1 - Geschlechtsverteilung der 4 Stichproben



GDNR=Nicht-Risikoschüler in Deutschl./GDR=Risikoschüler in Deutschl.
GGNR=Nicht-Risikoschüler in Griech. / GGR=Risikoschüler in Griech.

2.2. Altersmäßige Auffälligkeitserwartungen (Abb. 2, Tabelle 1)

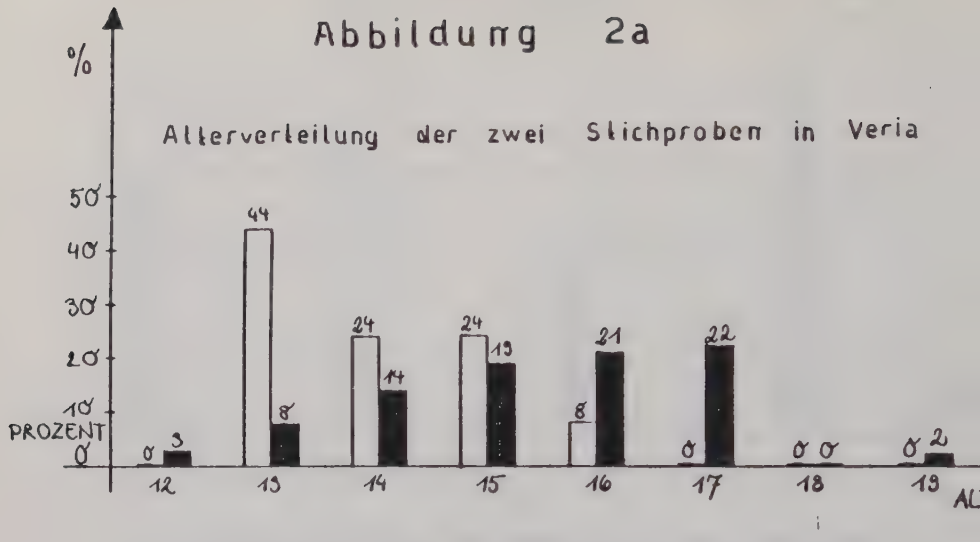
Global gesehen zeigte sich eine mit zunehmendem Alter auch ein zunehmende Auffälligkeitsfrequenz, ganz besonders aber in Griechenland (Abb. 2a).

Wie man aus den Interviews ersieht, steigen die Überforderungsgefühle und Ängste der Schüler kurz vor dem ersten Panhellenischen Examen mit 16 Jahren stark an. Aus diesem Grunde gehören 62 % der Risikoschüler zu der Alterstufe der 15 bis 17-jährigen (Abb. 2a). Die über 18 Jahre alten Schüler zeigen so schlechte Leistungen, daß die Chance für ein Universitätsstudium gering ist. Damit entfällt für sie der Prüfungsstreß.

Da die Schulpflicht in Griechenland früher als in der BRD beginnt, befinden sich bei den Befragten in der Gymnasiumsklasse B auch 12 und 13-jährige, in der BRD dagegen nur 14-jährige.

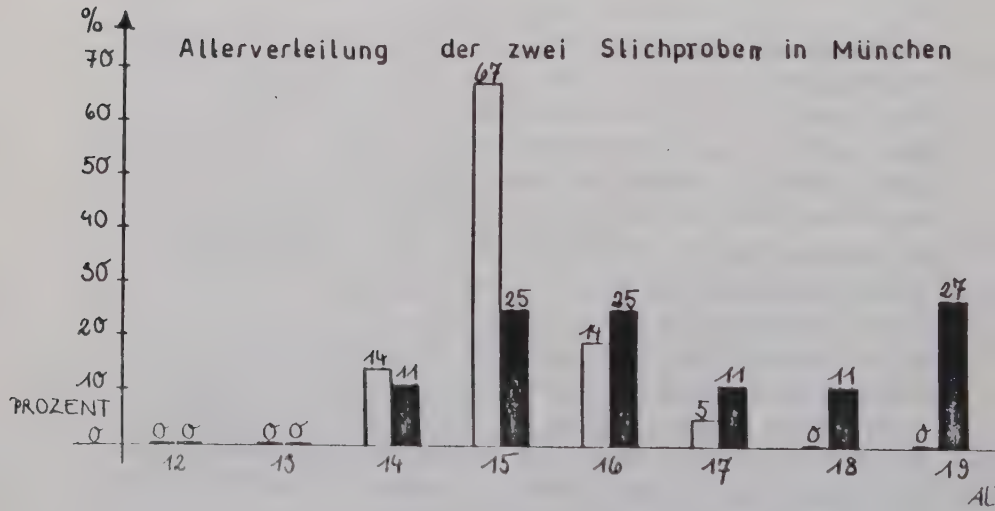
Wie aus der Abbildung 2 b zu entnehmen ist, steigt die Frequenz der Risikoschüler in der BRD erst im kritischen Alter der Postpubertät. Sie erreicht einen zweiten Gipfel bei der Altersstufe der 19-jährigen (Abb. 2b). Es bestehen starke Anpassungs- und Schulschwierigkeiten bei den über 19 Jahre alten Schülern. Diese waren entweder vor kurzem umgezogen oder hatten wiederholt den Wohnsitz gewechselt.

Abbildung 2a



NICHTRISIKOSCHÜLER
RISIKO SCHÜLER

Abbildung 2b



2.3. Psychogene Erkrankungen

2.3.1. (Prävalenz, Morbidität, Graduierung)

Aus den Tabellen 2, 3 und Abb. 3, die nach der Auswertung der Interviews angefertigt wurden, ergibt sich folgendes:

1) Neurosen oder psychische Reaktionen erscheinen bei den Gruppen der Risikoschüler in Griechenland (GGr) nicht häufiger, aber ausgeprägter zu sein. Dagegen treten bei den Risikoschülern in der BRD (GDR) die übrigen Erkrankungen(spezifische, emotionale Störungen im Jugendalter, Störungen des Sozialverhaltens und vor allem körperliche Funktionsstörungen) etwas häufiger auf, wenn auch nicht ausgeprägter (Abb. 3, Tabelle 6). So findet sich bei 69,2 % der GGR eine Neurose (x = 2.11 Schwergrad der Neurose), während diese ~~nur~~ bei 73,9 % der GDR (x = 1,85)(Tabelle 2a) zu finden ist.

2) Eine weitere analytische Aufschlüsselung (Tabelle 2a) der möglichen psychischen Erkrankungen bei beiden Gruppen ergibt, daß vor allem neurotische Depressionen vertreten sind (23 % bei GGR und 27,8 % GDR), wohingegen körperliche Funktionsstörungen nur bei 24,6 % der GGR und bei 25,5 % der GDR vorhanden sind. Angstneurosen können mit 26 % bei GGR jedoch nur mit 6,9 % bei GDR nachgewiesen werden.
Interessant ist, daß die Gruppe der Risikoschüler in der BRD (GDR) eine höhere Morbidität einer depressiven Symptomatik als die Gruppe von Risikoschülern in Griechenland zeigt, wobei diese Gruppe (GGR) zusätzlich ein höhere Morbidität der Angstsymptomatik aufweist(vgl. Tabelle 3).

3) Zwangsneurosen finden sich etwas häufiger bei Risikoschülern in Griechenland (Tabelle 2 = 7,6 % bei GGR, 6,9 % bei GDR), während zwanghafte Charakterzüge in extremen Fällen (Tabelle 6a gleich 15 Fälle mit schweren Zwangssymptomen) eher bei griechischen Schülern in der BRD zu finden sind.

4) Aus der Analyse der subjektiven Beschwerdeliste (Tabelle 4) ist zu entnehmen, daß die körperlichen Beschwerden etwas häufiger bei Schülern in Griechenland sind. Dafür sprechen auch die Testergebnisse (vgl. Kapitel C 1.2.). Dagegen ergeben sich aus der Analyse der subjektiven Beurteilung des Goldberg-Interviews (wobei aus methodischen Gründen die subjektiven Symptome einfach, die objektiven dagengen doppelt gewertet werden) höhere Ausprägungsgrade für die körperlichen Beschwerden bei GDR als bei GGR. Es gibt auch keine nennenswerte unterschiedliche Morbidität der Diagnosen 306.4 und 307.8 zwischen beiden Stichproben (siehe Tabelle 2)

Tabelle 2

Vorhandene psych. Erkrankungen bei 108 Fällen (Risikoschüler

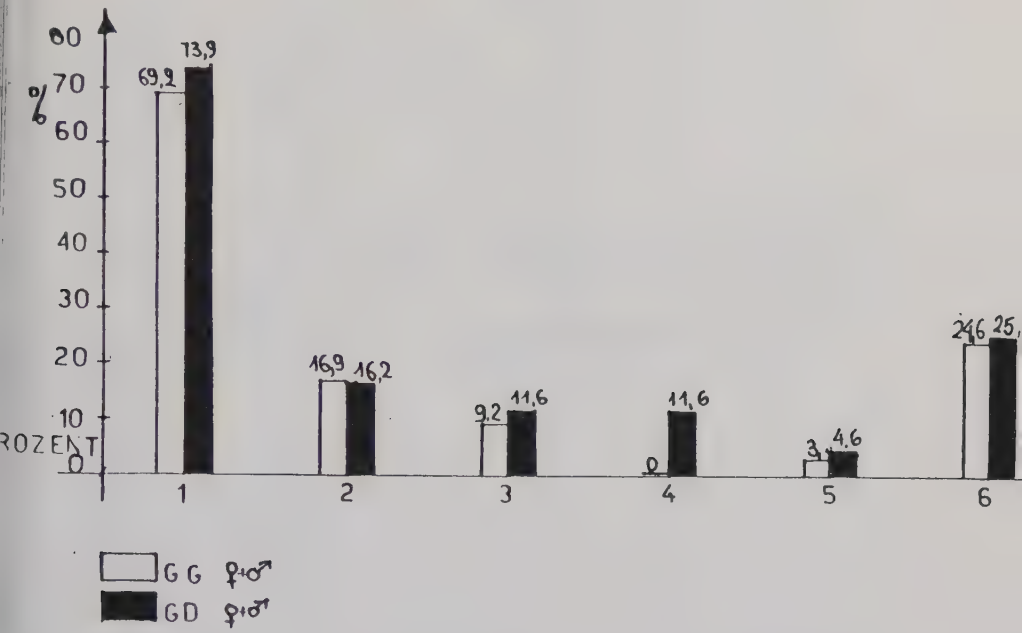
		GGR		GDR		Schweregrad der Diagnose*	
		Freq.	ADJ pct	Freq.	ADJ pct	GGR x	GDR x
Neurose:	ICD.Nr	45	69,2%	27	73,9%	2.11	1.7
Angst-Neurose:	300.0	17	26%	3	6,9%	2,17	2
Hysterie:	300.1	2	3%	4	9,2%	2	2,5
Phobie:	300.2	1	1,5%	1	2,3%	1	2
Zwangsneurose:	300.3	5	7,6%	3	6,9%	1,6	2,6
Neur. Depression:	300.4	15	23%	12	27,8%	2,6	1,81
Neurasthenie:	300.5	2	3%	6	13,9%	1,5	1,75
Hypochondrie:	300.7	3	4,61%	2	4,6%	1	1
Nicht Klassifizierbare:	300.9	0		1	2,3%	0	1
Psychogene Reaktion:		11	16,9%	7	16,2%	1,54	1,28
Depressive Reaktion:	309.1	3	4,6%	7	16,2%	1,5	1,28
Anpassungsstörung mit emotionaler Symptomatik:	309.2	8	12,3%	0	0	1,75	0
Spezifische emotionale Störungen des Jugendalters:		6	9,2%	5	11,6%	1,16	1,6
mit Angst u. Furchtsamkeit:	313.0	3	4,6%	0	0	1,5	0
mit Niedergeschlagenheit und unglücklich sein:	313.1	1	1,5%	4	9,3%	2	1,75
mit Empfindsamkeit und Abkapselung:	313.2	1	1,5%	0	0	1	0
mit Beziehungsschwierigkeiten:	313.3	1	1,5%	1	2,3%	1	1
Persönlichkeitsstörung:			0	5	11,6%	0	1,8
Störung des Sozialverhaltens:	312.3	2	3%	2	4,6%	1,5	0,5
Körperliche Funktionsstörungen und Psychalgie:	306.0-4 307.8	16	24.6%	11	25,5%	2,12	2,09

GGR = Risikoschüler in Veria

GDR = Risikoschüler in München

* in den letzten 7 Tagen

Abbildung 3.*



1. Neurose.
2. Psychogene Reaktion.
3. Störungen der Jugendalters.
4. Störungen des Sozialverhaltens.
5. Körperliche Funktionsstörungen und Psychalgie.
6.

* 2. Diagnose einbezogen nur Risikoschüler

Tabelle 3

Zusammenfassung der Tabelle 2

1. Diagnose mit vorherrschender depressiver Symptomatik	GDR	GGR
300.4	27,8%	23,0%
300,5	13,9%	3,0%
309.0,1	16,2%	4,6%
313.1	9,3%	1,5%
313.2	1,5%	0
	=====	=====
Summe	77,7%	32,1%

2. Diagnose mit vorherrschender ängstl. u. phobischer Symptomatik	GDR	GGR
300.0	6,9%	26,0%
300.2	2,3%	1,5%
309.2	1,75%	12,3%
313.0	1,5%	4,6%
	=====	=====
Summe	12,45%	44,4%

Tabelle 4

Beschwerden-Liste (Liste B)

	GDR	GDNR	GGR	GGNR
nie	14%	9%	14%	82%
leicht	64%	8%	52%	16%
mäßig	19%	0%	22%	0%
ausgeprägt	0%	0%	2%	0%
	x=1.080		x=1.187	
	SD=0,483		SD=0,614	

Tabelle 5

Zusammenfassende Ergebnisse in Bezug auf den Ausprägungsgrad

	GOLDBERG-SUMME			
	GDR	GDNR	GGR	GGNR
nie bis leicht	20%	100%	38%	100%
mäßig bis stark	72%	0%	62%	0%

Die Risikoschüler in München zeigen eine etwas größere Frequenz in Bezug auf den Ausprägungsgrad der Symptomatik. Diese Schüler zeigten anamnestisch einen höheren Schweregrad der Diagnose während der Testuntersuchung als während der Interviews (vgl. Tabelle 2a).

2.3.2. Vorhandene Symptome (Morbidität, Graduierung)

Wie aus den folgenden Tabellen 6 a,b zu entnehmen ist, sind bei der Gruppe GDR die auf ein depressives Syndrom weisenden Symptome - wie Müdigkeit, depressive Verstimmung, Verlangsamung - häufiger und etwas ausgeprägter. Während die eher auf ein ängstliches Syndrom bezogenen Symptome - Angst, Phobie, Reizbarkeit und Ängstlichkeit - häufiger und ausgeprägter bei den GGR sind (vgl. Kapitel D 1.3.).

Tabelle 6a

Häufigkeit und Ausprägungsgrad der vorhandenen Symptome

Subjektive Symptome	GDR			GGR		
	0-1	2	3-4	0-1	2	3-4
GB-S Körperl. Beschwerden	56	31	14	59	25	15
GB-S Müdigkeit	69	28	3	81	15	5
GB-S Schlafstörungen	78	14	8	81	11	8
GB-S Schlaftablette	97	0	3	95	2	1
GB-S Depression	53	31	17	57	33	10
GB-S Angst	58	36	6	52	38	10
GB-S Phobie	83	14	3	78	22	0
GB-S Zwang	89	6	15	86	11	3
GB-S Depersonalisation	94	6	0	94	5	2
GB-S Reizbarkeit	72	25	3	63	32	5
GB-S Konzentrationsmangel	72	25	3	83	14	3
Objektive Symptome						
GB-Langsam	89	11	0	100	0	0
GB-Abwehrend	78	17	6	86	14	0
GB-Demonstrativ	94	6	0	95	3	2
GB-Deprimiert	61	28	11	59	32	10
GB-Ängstlich	47	44	8	37	46	17
GB-Gehoben	97	3	0	100	0	0
GB-Gestörte Intelligenz	100	0	0	100	0	0
GB-Hypochondrie	94	6	0	86	14	0
GB-Depressive Gedanken	50	30	20	43	44	13

GDR = Risikoschüler in der BRD GGR = Risikoschüler in Gr.land

Tabelle 6 b

Mittelwerte des Ausprägungsgrades der objektiven Symptome

		GDR	GGR
GB Körperlich	x	1,361	1,190
	SD	0,990	1,162
GB-Schlafstörung	x	0,722	0,667
	SD	1,003	0,967
GB-Depression	x	1,556	1,270
	SD	0,877	0,954
GB-Angst	x	1,389	1,444
	SD	0,728	0,838
GB-Phobie	x	0,778	0,857
	SD	0,797	0,759
GB-Zwang	x	0,528	0,635
	SD	0,941	0,809
GB-Reizbarkeit	x	0,889	1,127
	SD	0,887	0,889
GB-Hypochondrie	x	0,361	0,460
	SD	0,593	0,737
GD-Depressive Gedanken	x	1,611	1,587
	SD	1,225	0,857
GD-Konzentrationsmangel	x	0,861	0,746
	SD	0,899	0,822

GDR = Risikoschüler in der BRD GGR = Risikoschüler in Gr.land

Tabelle 7

Anzahl der Suizidversuche

	nie	einmal	zweimal	über dreimal	x	SD
GG	78%	14%	6%	2%	0,317	0,668
GD	56%	28%	14%	3%	0,639	0,839

GG = Schüler in Griechenland GD = Schüler in der BRD

Die höhere Morbidität eines depressiven Syndroms bei den Schülern in der BRD (GDR) beweist auch die obige Tabelle 7, wobei bei den griechischen Schülern in München die Anzahl der Suizid-Versuche höher ist als bei den Schülern in Veria.

2.3.3. Andere Störungen:

Tabelle 8

Neurotizismen in der Kindheit
(retrospektiv aus der Kindheit)

	GDNR	GDR	GGNR	GGR
Enuresis	15	37	4	26
Nägelkauen	19	43	21	39
Eßstörungen	14	40	21	45
Dunkelängste	10	34	0	37

GDNR = Nicht-Risikoschüler in der BRD GDR = Risikoschüler in der BRD
GGNR = Nicht-Risikoschüler in Griechenl. GGR = Risikoschüler in Gr.land

Die Frequenz der Enuresis und des Nägelkauens ist unter den Neurotizismen bei den GD etwas größer als bei den GG, während man Eßstörungen und Dunkelängste häufiger antrifft.

2) Somatische Erkrankungen
Eine somatische Diagnose findet sich bei 5,5 % der Risikoschüler in München und bei 9,2 % der Risikoschüler in Veria.

3) Rechtschreibschwäche
Eine solche ist bei 3 % der GG und 1,7 % der GD vorhanden, wobei zu beachten ist, daß bei den griechischen Schülern in Griechenland ein Großteil rückemigrierter Schüler war, so daß sich wohl hieraus die höhere Quote der Rechtschreibschwäche erklärt.

4) Drogenmißbrauch

Erfahrung mit Drogen

	GDNR	GDR	GGNR	GGR
Kein Alkoholgenuß	80%	65%	72%	47%
Leichter Alkoholmißbrauch	10%	18%	6%	8%
Nikotin	11%	56%	4%	39%
Kein Drogenmißbrauch	95%	85%	100%	85%

Diese Ergebnisse sind für den Alkoholgenuß und das Rauchen bei griechischen Jugendlichen repräsentativ.

Untersuchungen von griechischen Psychiatern sprechen von 0,9 % Alkoholikern bei der griechischen Bevölkerung.
Aus den ermittelten Ergebnissen ist zu entnehmen: 1. ein Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und Alkoholgenuß sowie 2. übermäßiges Rauchen besonders bei den Schülern in München (GDR). Die Ergebnisse über Drogenmißbrauch bei griechischen Jugendlichen können besonders in Bezug auf Griechen aus verschiedenen Gründen - wie Tabuisierung, Ängste, Angst vor den Eltern, Angst vor den strengen Gesetzen gegen Drogengenuß - nicht repräsentativ sein.

2.4. Soziokulturelle Bedingungen (psychopathologisch wirkende soziokulturelle Ergebnisse)

2.4.1. Soziokulturelle Bedingungen bei griechischen Arbeitsemigrantenfamilien in München (Einfluß der sozialkulturell fremden Umgebung-Emigration-Anpassungs-Probleme)

(vgl. Kapitel B : 1.1.)

Die Hypothese, daß die Trennung der Familienmitglieder bei Arbeitsemigranten für den psychischen Status der Zweitgenerationsemigranten eine zentrale Rolle spielt, beweisen die Tabellen 9, 10 b, 10 c, 11 und insbesonders die Fälle 64, 50, 49, 65. Die Analyse wird bedauerlicherweise dadurch erschwert, daß ein Großteil der Probanden, mehrmals zwischen der BRD und Griechenland wechselte, bevor sie endgültig in der BRD blieben. Dieser häufige Wechsel korrespondiert mit den psychischen Erkrankungen. Ein weiterer Beweis für die Hypothese, daß ein Zusammenhang zwischen einer konstanten Beziehung des Kindes zu der Bezugsperson und den psychischen Störungen besteht, sind die aus Tab. 9 zu entnehmenden Ergebnisse. 24 % der Befragten aus der Nicht-Risikogruppe lebten gegenüber 8 % der Befragten aus der Risikogruppe nie von den Eltern getrennt beziehungsweise über 35 % der GDNR gegenüber nur 29 % der GDR lebten länger als 10 Jahre bei den Großeltern.
Wie aus der Tabelle 10 c zu entnehmen ist, waren 63 % der griechischen Nicht-Risikoschüler (GDNR) in München gegenüber 44 % der Risikoschüler (GDR) bei den Eltern aufgewachsen.

Tabelle 9

Dauer der Trennung von den Eltern

	GDNR	GDR
nie	24%	8%
bis 3 Jahre	11%	28%
bis 6 Jahre	30%	34%
bis 10 Jahre	35%	21%
über 10 Jahre	0	7%
	x = 4,706	x = 5,897
	max=10,000	max=15,000
	MEDIAN= 5,000	MEDIAN= 5,250
	min= 0,000	min= 1,000
	SD = 3,567	SD = 3,211
Probanden	17	34
Antwortausfall	6	2

GDNR = Nicht-Risikoschüler in der BRD
GDR = Risikoschüler in der BRD

Tabelle 10

Einwanderung und daraus resultierende Familienspaltung

a. Dauer des Aufenthaltes der Eltern in der BRD

	Mutter		Vater	
	x	SD	x	SD
GDNR	13,78	3,99	14,86	4,83
GDR	13,71	4,40	14,35	4,71

b. Klassenstufen - Einschulung in der BRD

	Beginn 1.Klasse	Nach der 5.Klasse	x	SD
GDNR	35%	5%	2,65	2,23
GDR	28%	25%	4,45	4,16

c. Bei wem aufgewachsen

	beide Elternteile	nur Mutter	nur Vater	Großeltern	Sonstige
GDNR	63%	0%	0%	32%	1%
GDR	44%	8%	3%	36%	9%

d. Beziehung zu den Ersatzpersonen (Großeltern)

	besser als zu den Eltern	genau so gut wie mit den Eltern
GDNR	7%	83%
GDR	56%	40%

GDNR = Nicht-Risikoschüler in München
GDR = Risikoschüler in München

Tabelle 11

a. Aufenthaltsdauer in der BRD

	Jahre: 0 - 3	4 - 6	7 - 9	10 - 16
GDNR	4,16%	25,00%	33,33%	37,50%
GDR	12,19%	9,75%	41,46%	36,58%

b. Geburtsland

	Griechenland	BRD
GDNR	48%	42%
GDR	61%	39%

c. Stätte des Aufwachsens

	Dorf/Kleinstadt	Mittel-/Großstadt
GDNR	63%	37%
GDR	50%	50%

GDNR = Nicht-Risikoschüler in München
GDR = Risikoschüler in München

Wie aus der Hypothese zu erwarten war, hatte die Mehrheit (56 %) der Risikoschüler in München, jedoch nur 7 % der psychisch stabilen Schüler, (Tabelle 10 c), eine verständnisvollere Beziehung zu ihren Ersatzbezugspersonen. Eine abrupte Trennung von den Bezugspersonen und der vertrauten Umwelt läßt Ängste und Anpassungsreaktionen entstehen. Wie aus der Analyse der Tabellen (9, 11), hervorgeht, leiden die Neuangekommenen Einwanderer wegen des Kulturschocks und der Anpassungsschwierigkeiten eher an psychischen Störungen als die Einwanderer, die vor längerer Zeit gekommen sind (vgl. Kapitel B 1.3.). Nur in 4 % der Fälle der Nicht-Risikogruppe handelt es sich um Neueinwanderer gegenüber 12,9 % der Risikogruppe (Tabelle 11 a).

Weitere Ergebnisse:

1) Kein ausgeprägter Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und Geburtsland (Tabelle 11 b) und Trennung von den Geschwistern.
2) Die Eltern beider Gruppen sind vor durchschnittlich 13 Jahren in die BRD emigriert.
3) Die Schüler, die in einem Dorf aufgewachsen sind, scheinen einen besseren psychischen Gesundheitszustand aufzuweisen. (Tabelle 11 c)

2.4.2. Grad der Integration und des psychischen Gesundheitszustandes

Eine zweite interessante Frage (Hypothesen 3, 4) war der Zusammenhang zwischen der Integration in die Umwelt der BRD und dem psychischen Gesundheitszustand.

Im allgemeinen ergab sich, daß die psychisch stabilen Schüler mehr Kontakte zu ihrer deutschen Umgebung und auch gleichzeitig gute Beziehungen mit Griechen hatten (Tabelle 11). 84 % der GDR und 94 % der GDNR haben auf die entsprechende Frage geantwortet, sie verstehen sich mit den Griechen besser als mit den Deutschen. Sie zeigen aber nicht weniger Sprachprobleme (Tabelle 12) als die Gruppe der Risikoschüler. Uber 70 % der Befragten sprechen innerhalb der Familie nur griechisch.

Tabelle 12

Häufigkeit der Kontakte zu Griechen und/oder Deutschen (Integration)

	GDNR	GDR
Mehr Kontakte zu Griechen	42%	59%
Mehr Kontakte zu Deutschen	3%	5%
Gleich zu Deutschen und Griechen	53%	9%
Keine Kontakte zu Deutschen	0%	29%
Besseres Verstehen mit Griechen als mit Deutschen	94%	84%
Frequenz der Kontakte:		
der Probanden mit Deutschen	56%	41%
der Eltern mit Deutschen	45%	38%
Häufiger Briefwechsel:		
der Probanden	75%	65%
der Eltern	100%	89%

GDNR = Nicht-Risikoschüler in München
GDR = Risikoschüler in München

Tabelle 13

Sprachprobleme

	keine	gelegentlich	häufig
GDNR	65%	20%	10%
GDR	79%	2%	15%

sprechen:	besser griechisch	gleich gut deutsch u. griechisch
GDNR	63%	32%
GDR	76%	18%

GDNR = Nicht-Risikoschüler in München
GDR = Risikoschüler in München

2.4.3. Desozialisation (Spaltung der ethnischen Sozialidentität und Krankheitsrisiko) (Hypothese 3)

Eine weitere Frage war, ob die Emigration im Kindesalter eine Spaltung der nationalen Identität mit negativer Wirkung auf die psychische Gesundheit der Zweitgenerationsemigranten schafft. Auf Fragen mit der obigen Thematik ergaben sich folgende Antworten:

1) Nur 5 % der Befragten aus der Nicht-Risikogruppe gegenüber 45 % der Befragten aus der Risikogruppe äußerten: "Wir sind Menschen ohne Heimat".
2) 10 % der GDNR gegenüber 60 % der GDR äußerten: "Wir fühlen uns nirgendwo wohl und zuhause".
3) Und 14 % der GDNR gegenüber 75 % der GDR klagten über Gefühle: "Einer anderen Welt als der der Eltern anzugehören." Bei den psychisch stabileren Schülern erscheint auch das Verhalten der Eltern eher traditionell zu sein (48 % gegenüber 3 % der Risikoschüler).

Im Gegensatz dazu bemühen sich die meisten Familien der Risikoschüler (über 60 %) erfolglos, den deutschen Lebensstil zu übernehmen. Diese Ergebnisse beweisen erneut die Hypothese des Kulturschocks (Akkulturationsschock) bei dem Versuch der Emigranten, sich in der neuen Umgebung zu integrieren (Hypothese 4).
Der größte Teil der Befragten, nämlich über 55 %, will später lieber wieder in Griechenland leben, insbesondere die Risikoschüler. Fast die Gesamtheit der Eltern (über 90 %) äußerte den gleichen Wunsch.

2.5. Einfluß der griechischen Familie auf das psychische Gleichgewicht der Jugendlichen (familiäre Harmonie)

2.5.1. Familiäre Disharmonie

Wie aus der Tabelle 14 hervorgeht, spielt unter der Gruppe der Risikoschüler die gestörte Harmonie innerhalb der Familie eine große Rolle, besonders bei der Gruppe der Risikoschüler in der BRD, bei denen eine familiäre Disharmonie häufiger auftritt als bei den übrigen Gruppen (vgl. Kapitel A 2.3.1.)

Tabelle 14

Familiäre Disharmonie

	GDNR	GDR	GGNR	GGR
Meinungsunterschiede zwischen den Eltern	20%	64%	36%	47%
Sehr oft Streit zwischen den Eltern	15%	35%	5%	31%
Nach dem Streit keine Versöhnung der Eltern	24%	33%	0%	77%

In diesem Zusammenhang ist es sehr interessant, daß die Mutter bei Meinungsverschiedenheiten in 40 % der griechischen Familien allein entscheidet. Dagegen entscheiden bei über 60 % der griechischen Familien in Griechenland beide Elternteile, auch bei Meinungsverschiedenheiten über ihre Kinder, gemeinsam.

Bei allen Gruppen herscht die Tendenz, daß die Kinder vom Vater bestraft werden. 43 % der GDR beklagen, daß ihre Väter und nur 21 % daß ihre Mütter, zu wenig Zeit für sie hätten. Für die GDNR lauten diese Zahlen 4 % und 5 %. Ähnliche Ergebnisse ergeben sich bei den GG: hier meinen 44 % der GGR, daß der Vater und 34 % daß die Mutter zu wenig Zeit habe. Dem gegenüber lauten die entsprechenden Zahlen 5 % und 4 % bei den GGNR. Es zeigt sich also ein ausgeprägter Unterschied zwischen den zwei Gruppen - Risiko- und Nicht-Risikokinder - jedoch keine statistische Differenz im Ergebnis zwischen Griechen in Griechenland und Griechen in der BRD.

Aus einer weiteren Analyse dieser Interviews ist zu entnehmen, daß 60 % der Probanden in Griechenland, besonders die Nicht-Risikogruppe, ihre persönlichen Probleme mit ihren Eltern (am häufigsten mit der Mutter) besprechen. Die Probanden in der BRD haben dagegen oberflächlichen Kontakt mit den Eltern, besonders mit dem Vater, der diese häufiger als die Gruppe in Griechenland mit Schlägen bestraft (43 % GDR statt 8 % GGR).

Tabellen 15 und 16: Erziehungsstil der Eltern

15 a. Zuwendung der Mutter	GDNR	GDR	GGNR	GGR
nie	0%	0%	0%	2%
sehr selten	0%	6%	0%	6%
selten	0%	30%	0%	25%
manchmal	**31%**	**36%**	**28%**	**32%**
häufig	52%	22%	64%	29%
sehr "	12%	6%	8%	8%
immer	0%	0%	0%	0%
x	2,93	2,93	3,88	3,00
SD	0,10	0,10	0,60	1,06

16 a. Zuwendung des Vaters	GDNR	GDR	GGNR	GGR
nie	4%	8%	8%	5%
sehr selten	0%	4%	0%	4%
selten	9%	48%	8%	25%
manchmal	**52%**	**39%**	**32%**	**39%**
häufig	22%	11%	36%	25%
sehr "	13%	0%	16%	2%
immer	0%	0%	0%	0%
x	3,12	2,30	3,43	2,75
SD	1,08	1,05	1,27	1,08

15 b. Toleranz der Mutter	GDNR	GDR	GGNR	GGR
nie	4%	0%	8%	2%
sehr selten	0%	6%	0%	0%
selten	0%	16%	0%	25%
manchmal	**22%**	**35%**	**4%**	**25%**
häufig	44%	19%	28%	39%
sehr "	26%	8%	60%	18%
immer	0%	6%	4%	2%
x	3,86	3,22	4,67	3,56
SD	1,06	1,12	0,68	1,05

16 b. Toleranz des Vaters	GDNR	GDR	GGNR	GG R
nie	4%	8%	8%	5%
sehr selten	4%	11%	0%	3%
selten	0%	17%	4%	12%
manchmal	**31%**	**33%**	**16%**	**39%**
häufig	39%	35%	28%	25%
sehr "	26%	6%	40%	16%
immer	0%	0%	0%	0%
x	3,83	2,69	3,91	3,27
SD	1,28	1,33	1,36	1,94

15 c. Leistungsforderung der Mutter	GDNR	GDR	GGNR	GGR
nie	4%	0%	4%	2%
sehr selten	0%	6%	0%	1%
selten	9%	16%	9%	16%
manchmal	**26%**	**35%**	**26%**	**26%**
häufig	35%	19%	35%	27%
sehr "	26%	8%	26%	26%
immer	0%	6%	0%	2%
x	3,55	3,05	4,21	3,47
SD	1,21	0,87	1.02	1,19

16 b. Leistungsforderung des Vaters	GDNR	GDR	GGNR	GGR
nie	4%	11%	8%	6%
sehr selten	0%	17%	0%	5%
selten	13%	16%	4%	14%
manchmal	**26%**	**28%**	**12%**	**30%**
häufig	40%	17%	52%	29%
sehr "	27%	11%	20%	14%
immer	0%	0%	4%	2%
x	3,51	2,48	3,64	3,11
SD	1,23	1,43	1,43	1,33

GDNR = Nicht-Risikoschüler in der BRD GDR = Risikoschüler in der BRD
GGNR = Nicht-Risikoschüler in Griechenl. GGR = Risikoschüler in Gr.land

2.5.2. Freiheitsräume innerhalb der griechischen Familien (Hypothese 5)

Die Hypothese über die möglichen Freiheitsräume in der griechischen Familie wird durch die Analyse der Interviews bestätigt. Die Eltern in Griechenland zeigen größeres Verständnis und größere Liberalität (Tabelle 17, 16) im Gegensatz zu den griechischen Familien in der BRD, die immer noch nach den sozialen und kulturellen Vorstellungen leben, wie sie vor 10 Jahren in Griechenland herrschten (vgl. Kapitel A: 2.3.1.).

Der größte Unterschied ergibt sich zwischen den Nicht-Risikoschülerfamilien, in denen eine eher moderne und freie Atmosphäre herrscht, und den Risikoschülerfamilien, bei denen immer noch das alte patriachalische System existent ist. Berücksichtigen muß man allerdings, daß es altersspezifische Unterschiede bezüglich der Freizügigkeit in der Erziehung gibt.

Tabelle 17

Freizeitgestaltung der Probanden, Reaktion der Eltern

Antwort: Ja, auf die Frage, ob

a. die Eltern mit Freizeitsgestaltung des Probanden einverstanden sind.

	GDNR	GDR	GGNR	GGR
Mutter	60%	46%	75%	37%
Vater	65%	45%	78%	37%

b. Kontakte außerhalb der Schule mit Freunden gegeben sind.

GDNR	GDR	GGNR	GGR
84%	51%	95%	74%

c. Alleinausgehen von den Eltern gestattet wird.

	GDNR	GDR	GGNR	GGR
häufig gestattet	84%	58%	75%	67%
spätkommen gestattet	58%	50%	36%	58%
abends ausgehen gestattet	47%	42%	48%	61%

d. Streit mit den Eltern wegen des Aussgehens entsteht.

	GDNR	GDR	GGNR	GGR
Mutter	5%	70%	22%	62%
Vater	0%	46%	18%	56%

Tabelle 18

Anzahl der Ausgangsstunden

	GDNR	GDR	GGNR	GGR
bis 3 Stunden	15%	38%	32%	79%
bis 6 Stunden	39%	11%	60%	16%

GDNR = Nicht-Risikoschüler in der BRD GDR = Risikoschüler in der BRD
GGNR = Nicht-Risikoschüler in Griechenl. GGR = Risikoschüler in Gr.land

Die aus diesen Tabellen zu entnehmenden Ergebnisse können die bisherige Hypothese wegen des ausgeprägten Altersunterschiedes zwischen den fragten und den verschiedenen SD nicht widerlegen.

2.5.3. Zusammenfassung:

Zum Schluß kann man folgende Behauptung aufstellen:

1) Die durchschnittliche griechische Familie (besonders in den Städten) hat sich häufig zu einer toleranteren Kernfamilie entwickelt. Die Eltern zeigen mehr Verständnis und Zuwendung für ihre Kinder, aber sind ihnen gegenüber gleichzeitig sehr anspruchsvoll.
2) Die griechische Arbeitsemigrantenfamilie in der BRD ist zwar eine Kernfamilie, blieb aber der Idee der Mehrgenerationsfamilie verbunden und behält teilweise ihren patriachalischen Charakter.
3) Je strenger und altmodischer die Eltern desto größer ist das Krankheitsrisiko bei den Jugendlichen (wie auch die Frustrationstheoretiker A. MILLER, MALLER etc. behaupten).

Tabelle 19

Meinung der Probanden über die griechische Familientraditionen

	GDNR	GDR	GGNR	GGR
Sie müßen erhalten werden	17%	33%	-	35%
Sie sind veraltet	34%	38%	65%	21%
Sie müßen sich anpassen	39%	29%	35%	44%

GDNR = Nicht-Risikoschüler in der BRD GDR = Risikoschüler in der BRD
GGNR = Nicht-Risikoschüler in Griechenl. GGR = Risikoschüler in Gr.land

Tabelle 20

Freizeitsgestaltung (Liste A)

	passiv	mittel	aktiv	x	SD
GDNR	4%	70%	26%	1,31	0,39
GDR	8%	78%	14%	1,12	0,43
GGNR	4%	66%	30%	1,36	1,92
GGR	6%	66%	28%	1,12	0,61

GDNR = Nicht-Risikoschüler in der BRD GDR = Risikoschüler in der BRD
GGNR = Nicht-Risikoschüler in Griechenl. GGR = Risikoschüler in Gr.land

Tabelle 21

Freizeitsbeschäftigungen (Liste A)

	GDNR	GDR	GGNR	GGR
sehr häufiges:				
Fernsehen	77%	61%	76%	56%
Lesen	86%	73%	92%	75%
Musik passiv	86%	85%	75%	63%
Musik aktiv	73%	42%	60%	39%
Sport passiv	68%	24%	76%	56%
Sport aktiv	73%	42%	60%	39%
Tanzen	62%	48%	32%	49%
Sammeln	59%	21%	60%	34%
Basteln	-	14%	46%	19%
Jugendclub	23%	3%	4%	2%
Kino	57%	32%	64%	46%
Sonstiges	57%	60%	38%	49%

GDNR = Nicht-Risikoschüler in der BRD GDR = Risikoschüler in der BRD
GGNR = Nicht-Risikoschüler in Griechenl. GGR = Risikoschüler in Gr.land

Die Nicht-Risikogruppen sind im allgemeinen aktiver als die Risikogruppen. Die Schüler in Veria zeigen mehr Aktivitäten als die in München (vgl. Tabelle 20). Lesen und Musikhören nehmen die erste Stelle der von griechischen Schülern geäußerten Freizeitbeschäftigungen ein.

2.6. Einfluß des Schulsystems auf das psychische Gleichgewicht der Jugendlichen. (Schulreform, Schulschwierigkeiten und Leistungen) (Hypothese 7)

Während der Untersuchung in Veria Anfang des Schuljahres 1979/1980 herrschte zwischen den Schülern Unruhe und Unsicherheit bezüglich ihrer Zukunft. Die Schulreform von 1977 verbreitete Angst. Der damalige Kultusminister versuchte eine rasche Modernisierung und Rationalisierung der Schulen, ohne die herrschenden Verhältnisse zu berücksichtigen. So wurden während der 6-jährigen Schulzeit kontinuierlich höhere Leistungen erwartet (vgl. Kapitel A: 2.5.).

In der BRD dagegen blieb das Schulsystem bestehen. Zusätzlich ist es für die Kinder der griechischen Arbeitsemigranten wegen bestehender Sonderregelungen leichter, einen Studienplatz an den heimischen Universitäten zu bekommen. Trotzdem erbringen die Schüler in Griechenland höhere Schulleistungen (Tabelle 22) als die Schüler in der BRD und klagen seltener über Lernschwierigkeiten.
Bezüglich der subjektiven Lernschwierigkeiten ergibt sich so folgendes Resultat: 54 % der Risikoschüler in München (GDR) und 46 % der Risikoschüler in Veria (GGR) gegenüber nur 27 % der Nicht-Risikoschüler in München (GDNR) und 13 % der Nicht-Risikoschüler in Veria (GGNR) haben Lernschwierigkeiten.

Bei 58 % der Risikoschüler in Griechenland bestehen unter dem Druck der Schulreformen Schulängste, während 0 % der Nicht- Risikoschüler in Griechenland hierunter leiden; 33 % der Risiko- und 16% der Nicht-Risikoschüler in der BRD klagen über Schulängste. Sehr interessante und unerwartete Ergebnisse bringt der Vergleich beider Risikogruppen, da widererwarten die Risikogruppe höhere Schulleistungen aufweist und offensichtlich den größeren Leistungsdruck in psychische Deformierungen umsetzt.

Tabelle 22

Schulleistungen

a. Schulleistungen schlecht bis mäßig

	GDNR	GDR	GGNR	GGR
Mathematik	77%	64%	70%	66%
Griechisch	86%	51%	48%	66%
Fremdsprache bzw. Deutsch	55%	42%	45%	47%
Sport	5%	2%	9%	3%

b. Anzahl der wiederholten Klassen

	GDNR	GDR	GGNR	GGR
keine	55%	58%	92%	86%
eine	35%	22%	8%	14%
mehrere	10%	20%	0%	0%

GDNR = Nicht-Risikoschüler in der BRD GDR = Risikoschüler in der BRD
GGNR = Nicht-Risikoschüler in Griechenl. GGR = Risikoschüler in Gr.land

Als weitere Ergebnisse lassen sich festhalten:

1) über 30 % der Schüler in Griechenland besuchen Zusatzkurse
2) 50 % der GDNR machen ihre Aufgaben ohne Unterstützung von Nachhilfelehrern, dagegen nur 30 % der GDR, GGR und GGNR. Hauptgrund hierfür sind mangelnde finanzielle Mittel der Eltern.
3) Unerlaubtes Fehlen in der Schule ist bei den GDR sehr häufig.
4) Bei über 57 % der Risikoschüler in der BRD (GDR) lag ein häufiger Schulwechsel vor, bei den anderen Gruppen unter 25 %.
5) Über 30 % der Schüler in der BRD wiederholten eine Klasse, gegenüber 10 % der Schüler in Griechenland.

Zusammenfassung:

1) Wie aus der Hypothese 6 zu erwarten war, zeigen die Schüler in Veria mit häufigem Wohnsitzwechsel und der daraus resultierenden kulturellen Spaltung niedrigere Schulleistungen als ihre Altersgenossen.
2) Die Angst-Symptomatik in Griechenland steht in einer unmittelbar engen Beziehung zu der Schulreform und der daraus resultierenden Überforderung.

2.7. Lebenseinstellungen der griechischen Jugendlichen (Ergebnisse aus dem Mannheimer-Fragebogen)

2.7.1. IEB-Fragebogen

Ergebnisse aus dem Mannheimer-Fragebogen-IEB

	GDNR	GDR	GGNR	GGR
Bejahung der Fremdbestimmung des Verhaltens	26%	36%	16%	52%
Bejahung der Selbstbestimmung des Verhaltens	65%	69%	96%	86%

Wie zu erwarten war, glauben die Schüler in Griechenland, insbesondere die der Nicht-Risikogruppe, eher an die Möglichkeit einer Selbstbestimmung ihres Verhaltens. Mehr als 50 % der Risikoschüler in der BRD glauben an eine Fremdbestimmung ihres Verhaltens (Fatalismus). Es ist interessant, daß die Risikoschüler in der BRD eher als die Nicht-Risikogruppe an eine Selbstbestimmung ihres Verhaltens glauben.

2.7.2. R1/2-Fragebogen

Ergebnisse des Mannheimer Fragebogens R 1/2

	GDNR	GDR	GGNR	GGR
Vertretung der traditionellen Einstellung	65%	0%	28%	27%
Vertretung der emanzipatorischen Einstellung	9%	28%	88%	69%

Wie zu erwarten war, weisen die Schüler in Griechenland in Bezug auf emanzipatorische Einstellung eine höhere Rate auf und verbinden diese mit manchen traditionellen Einstellungen. Im Gegensatz zu diesen stellen die Nicht-Risikoschüler in der BRD in Bezug auf traditionelle Einstellungen eine höhere Quote. Bei den Risikoschülern in der BRD finden wir fast keine traditionelle Einstellung, sondern nur teilweise emanzipatorische Neigungen. Die obigen Ergebnisse beweisen die Richtigkeit der folgenden Hypothese: Die Tendenz zur Gettobildung mit strengen, traditionellen Regeln hilft den Arbeitsemigrantenfamilien wie in einem Rettungsboot, in einer fremden Umgebung weiter zu leben. Der Versuch

dagegen, in kürzester Zeit einen fremden Lebensstil zu übernehmen, führt meistens zu Orientierungslosigkeit und psychischen Konflikten.

2.7.3. Einstellung der griechischen Jugendlichen den Deutschen und Griechen gegenüber. (Ergebnisse der Listen D und C)

Die Einstellung der griechischen Schüler in München den Deutschen gegenüber war in 70 % der Fälle neutral, in 18 % der Fälle wurden Kontakte zu Griechen bevorzugt. Sie verstehen sich meistens (über 84 %) mit den Griechen besser als mit den Deutschen (vgl. Tabelle 11), und häufig idealisieren sie ihr Heimatland und ihre Traditionen. Sie klagen häufiger über ein unfreundliches, fast herzloses und intolerantes Verhalten der Deutschen ihnen gegenüber. Viele fühlen sich noch abgelehnt und diskriminiert. Andererseits bewundern sie die Deutschen als fleißig, ehrlich, zuverlässig und sauber, und wünschen, mit ihnen in einen engeren freundlicheren Kontakt kommen zu können.

Kapitel D: Fallbeschreibungen

1. Fallbeschreibungen der Probanden in München

1.1 Charakteristische typische Fälle

Alter: 17 J. Vania w Fall 64 Code-Nr. 0107

A) Subjektive Beurteilung		Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	3	Demonstrativ	1
Müdigkeit	3	Deprimiert	2
Schlafstörung	3	Ängstlich	3
Depression	3	Depressive Gedanken	3
Angst	3		
Phobien	1		
Reizbarkeit	1		
Konzentrationsstörung	?		

Exploration

Das Erstgespräch mit dem spontanen und freundlichen Mädchen fand im Juni 1980 im griechischen Lyzeum, München, statt. Ihre Lehrer sprachen verächtlich und ironisch über sie.

Auffällig war ein geschwollenes Auge mit Monokelhämatom, welches nach ihren Angaben von Schlägen durch den Vater herrührte.

Während der Exploration, die im übrigen immer wieder von Pausen unterbrochen war, reagierte sie sehr ambivalent. Sie weinte entweder oder lachte und machte sich über ihre Probleme lustig. Sie wirkte auch ängstlich und unruhig, verhielt sich dann aber wieder demonstrativ. Es fielen Faszikulationen der Augenmuskeln auf. Sie klagte über Kopfschmerzen und hörte deswegen öfters zu sprechen auf.

Biographie

Nach ihrer Geburt in Deutschland brachten sie ihre Eltern nach Griechenland zu ihren Großeltern, wo sie bis zum 5. Lebensjahr blieb. Die Eltern waren Bauern, leben seit 17 Jahren in Deutschland und arbeiten hier als Metallhandwerker bzw. Schneiderin.Bei der Großmutter habe sie sich wohlgefühlt, während sie kurz nach ihrer Rückkehr zunächst große Ängste vor ihrem Vater gehabt habe. Allerdings sei diese Beziehung später besser geworden, sogar besser als die zur Mutter und sie habe ihn gern gehabt. Damals habe sie fast nichts essen können und schon beim Anblick von Essen erbrechen müssen. Diese Beschwerden dauerten fast 2 Jahre. Bis zum 13. Lebensjahr habe sie Nägel gekaut, bis jetzt grimassiere sie. Als Kind habe sie keine Kontakt-schwierigkeiten gehabt. In der Schule sei sie schlecht, deswegen habe sie eine Klasse wiederholen müssen. Ihren Vater charakterisiert sie als egoistisch, streitsüchtig und streng; ihre

Mutter dagegen als ruhig und ausgeglichen.
Sie wurde mit altmodischen und strengen Erziehungsmaßnahmen erzogen. So habe sie von der Mutter aus z.B. mit 6 Jahren zur Strafe im Winter im Garten bleiben müssen, oder sei, wenn Besuch kam, in ihr Zimmer gesperrt worden und habe nichts mehr sagen dürfen. Wenn ihre jetzt neunjährige Schwester, die sie im übrigen als dickköpfig bezeichnet, geschlagen worden sei, habe sie versucht, ihr zu helfen und sei dabei selbst verprügelt worden. Wenn ihr Vater verreiste, habe sie mit seinem Kissen und in seinem Schlafanzug geschlafen. Seit Ostern allerdings sei das gute Verhältnis getrübt und sie sei zutiefst von ihm enttäuscht. Sie habe festgestellt, daß er sie nicht mehr gern habe.
Der Mutter stehe sie ambivalent gegenüber.

Sexuelle Anamnese
Sie habe nur oberflächliche Beziehungen. Mit einem 23-jährigen, jungen Mann, der in München zu Besuch war, habe sie das erste intime Verhältnis gehabt. Ihrer Aussage nach wollte sie beweisen, daß sie noch Jungfrau sei. Mit dem jungen Mann habe sie aber negative Erfahrungen gemacht, weil er sich "barbarisch" in der Liebe benahm und sich ansonsten geizig und interesselos zeigte. Nur der Umstand, daß er sehr streng gewesen sei, habe ihr gefallen.

Psychische Anamnese
Als ihre Eltern von der Beziehung erfuhren, reagierten sie sehr erbost. Seitdem lebe sie in einer Hölle: Vom Vater sei sie erstmals geschlagen worden. Sie werde beschimpft, mit gemeinen Ausdrücken bedacht und eingesperrt. Sie habe versucht, sich deswegen zwei- oder dreimal das Leben zu nehmen (einmal mit über 40 Tabletten).
Daß sie in Deutschland lebe, verschlimmere die Situation noch. Sie sei deshalb vor zwei Monaten heimlich nach Griechenland, wo sie sich wohl fühle, gefahren. Zunächst habe sie bei diesem Freund gewohnt, zog aber dann zu einer Freundin von ihm, wo sie schließlich von ihren Eltern entdeckt wurde und nach Deutschland zurückgebracht worden sei.
Hier fühle sie sich schlecht. Sie werde sowohl von ihren Eltern als auch von ihren Lehrern beschimpft und verachtet.

Familiäre Erkrankungen
Die Mutter leide an Magenschmerzen, der Vater an verschiedenen psychosomatischen Störungen. Ein Onkel mütterlicherseits leide ebenfalls an Magenbeschwerden und sei angeblich Trinker.

Somatische Anamnese

Wegen Hypotonie werde sie vom Hausarzt mit Tranquilizern behandelt.

Momentane Beschwerden

Seit sie wieder in Deutschland sei, sei sie depressiv, lustlos und desinteressiert. Sie weine oft und fühle sich niedergeschlagen. Alles erscheine ihr gleichgültig. Sie empfinde keine Freude mehr, sei hoffnungslos und denke an Selbstmord. Sie sagt:"Ich bin immer melancholisch und nur in Griechenland glücklich gewesen".

Seit einem Jahr fühle sie sich dem Klatsch und der Verachtung ihrer Umgebung ausgesetzt.

Sie "hasse" das Leben, fühle sich minderwertig und von allen abgelehnt, ohne Zukunft. Dabei sei sie sehr ängstlich, nervös und besorgt. Seit einem Jahr nehme sie wegen Zittern Tranquilizer zu sich.

Sie äußert Angst vor der Schule und eine hochgradige Spinnenphobie sowie Agoraphobie. Gewöhnlich brauche sie zum Einschlafen 3-4 Stunden und schlafe dann unruhig mit Schreien und Schwitzen. Sie wache zwei- bis dreimal auf. In der letzten Woche habe sie insgesamt nur 2-3 Stunden täglich geschlafen.

Sie habe auch Erschöpfungszustände, leide seit zwei Monaten an Müdigkeit, Mattigkeit und Schwäche. Sie gibt ferner starke Schmerzen im Rücken an, sie sei schwindlig, zittrig und habe Druckgefühle in der Brust und im Bauch.

Gegen Kälte sei sie überempfindlich. Sie werde seit einem Monat von Kopfschmerzen geplagt, welche mit den Schlägen, die sie bekommen habe, zusammenhingen.

Beurteilung

Bei ihrer Biographie sind die drei traumatisierenden Trennungungen von Bedeutung, die jedesmal mit Angst und Depression verbunden waren. Zuerst wurde sie im Säuglingsalter von der Mutter getrennt. Dann hat sie im Alter von 5 Jahren die Trennung von ihren Großeltern erlebt und dies als Schmerz empfunden. Sie verlor nämlich die Mutter in Form ihrer Großmutter, die ihr Liebe, Fürsorge, Aufmerksamkeit und Geborgenheit gab.

Außerdem hat sie ihre Heimat verloren. Sie kam nach Deutschland und wohnte in einem kleinen Appartement mit einer ihr fremden, kalten und überanstrengten Mutter.

Darauf reagierte sie mit Appetitlosigkeit und psychogenem Erbrechen. Wegen der Enttäuschung durch die Mütter trat eine Vaterfixierung und eine Identifikation mit diesem ein. Davon kommt sie erst spät, durch

eine neue Frustration heraus. Eine weitere Trennung. Sie hat deswegen ein mangelhaftes Ich und ein schwaches Ideal-Ich entwickelt. Sie ist narzistisch bedürftig, wie A. Miller ( ) es bezeichnet, wie die Menschen, die im ganzen Leben suchen, was ihnen ihre eigenen Eltern zur rechten Zeit nicht geben konnten. "Ein Wesen, das ganz auf sie eingeht, sie ganz versteht und ernst nimmt, das sie bewundert und ihnen folgt". Ätiologisch handelt es sich um ein ängstlich-depressives Syndrom mit Schlafstörungen und körperlichen Beschwerden bei einer hysterisch depressiven Primärpersönlichkeit.

Diagnose	ICD.Nr.	Grad
Ana.depressive Neurose mit Angstzuständen bei depressiv hysterischer Primärpersönlichkeit.	300.4	3-2

Alter:18 J. Rina w Fall50 Code-Nr. 0654

Subjektive Beurteilung		**Objektive Beurteilung**	
Körperliche Symptome	1	Abwehrend	1
Schlafstörung	3	Deprimiert	3
Depression	3	Ängstlich	2
Phobie	2	Depressive Gedanken	2
Reizbarkeit	1		
Konzentrationsmangel	2		

Exploration

Das Erstgespräch mit R., einem melancholischen, kleinen und leptosomen 18-jährigen Mädchen, fand im Mai 1982 im griechischen Lyzeum, München, statt.

Bei der Exploration wirkte R. ängstlich und gespannt. Sie machte keinen intelligenten Eindruck. Den Versuch, die Eltern in das Gespräch miteinzubeziehen , lehnte sie ab.

Biographie

Sie ist in Griechenland als unerwünschtes Kind eines ehemaligen Hausmädchens geboren. Durch die strengen Sozialprinzipien der griechischen Gesellschaft in dieser Zeit sei die Mutter gezwungen gewesen, den Vater, einen ehemaligen Tischler, zu heiraten. Ein Jahr nach ihrer Geburt zogen die Eltern als einfache Arbeiter nach Deutschland und R. blieb bis zu ihrem 12. Lebensjahr bei den Großeltern in Griechenland. Sie berichtet aus ihrer Kindheit von Dunkelängsten und massivem Appetitverlust . Die Wiedereingliederung in ihre Familie sei für sie eine groß Enttäuschung

gewesen und sie habe sich sehr minderwertig gefühlt. R. habe gute Erinnerungen an die geliebten Großeltern, "den einzigen Personen bis heute, denen sie ihre Probleme habe mitteilen können". Sie sei immer scheu und still gewesen und habe isoliert gelebt. Sie lernte nie ausreichend deutsch und vermeide deswegen die Kontaktaufnahme mit deutschen Altersgenossen.
Ihre Schulleistungen seien auch in Griechenland sehr schlecht gewesen. Sie mußte zwei Schulklassen wiederholen.
Ihre Mutter müsse nur auf ihre Schönheit bedacht und zu keinem Verständnis und Interesse für die Tochter fähig gewesen sein.
R. beschreibt sie als egoistisch, nervös und gereizt. Sie soll auch neidisch und immer unzufrieden sein. Sie wolle ihren Mann verlassen. Vermutlich habe die Mutter außereheliche Beziehungen. Die Eltern streiten täglich wegen Kleinigkeiten. R. treffe die Mutter nur an Wochenenden und ihre Beziehung zu ihr sei sehr schlecht. Die Mutter konkurriere mit ihr, finde sie immer nur häßlich und ihre schönen Kleider ständig unpassend. Andererseits sei R. sehr moralisch und streng erzogen. Sie dürfe nur einmal pro Woche mit Freundinnen ausgehen. Ihr Kontakt mit dem auch strengen, aber freundlicheren Vater scheint etwas besser zu sein. Seit einem Jahr sei sie von den Eltern, besonders von der Mutter, regelmäßig mißhandelt worden. Sie wurde beschimpft und geschlagen, außerdem habe sie Ausgehverbot bekommen, da sie mit einem Mann gesehen worden sei. Seit einem Monat sprächen die Eltern nicht mehr mit ihr. Die Mutter vermeide es, ein von R. vorbereitetes Essen zu kosten und bezeichne sie als "Prostituierte".
R. hat einen 17-jährigen Bruder, der auch auf das Gymnasium geht. Mit ihm verstünde sie sich besser.

Familiäre Erkrankungen
Die Mutter leide an einer Gallenerkrankung; die Großmutter mütterlicherseits an ulcus duodeni. Der Vater habe Herzbeschwerden.

Sexuelle Anamnese
Die Periode sei unregelmäßig und dabei schmerzhaft. Sie klagt auch über sekundäre Amenorrhö, die sporadisch auftrete.

Psychische Anamnese
Sie gibt an, vor vier Jahren einen Suizidversuch mit Tabletten, aus Angst vor der elterlichen Strafe, unternommen zu haben.

Momentane Beschwerden

R. klagt über depressive Verstimmungen und Lustlosigkeit. Sie empfinde häufig keine Freude, fühle sich leer und desinteressiert. Sie ziehe sich zurück und sitze untätig herum. Sie erzählt traurig:"Ich habe noch nie gesagt, heute habe ich aber einen schönen Tag verbracht. Ich muß alles hinunterschlucken und meine Eltern streiten sich ständig". Sie gibt demonstrative Selbstmordgedanken an, um die Eltern zu bestrafen. In guter Atmosphäre fühle sie sich aber schnell wohler. Sie leide an starken Minderwertigkeitsgefühlen in der Form, daß sie sich unattraktiv und dumm vorkomme oder glaube, bei Unterhaltungen machten sich ihre Gesprächspartner über sie lustig. R. äußert Schuldgefühle den Freundinnen gegenüber und charakterisiert sich selbst als Pessimistin. Sie sei häufig grundlos ängstlich, gespannt und zappelig. Seit einem Jahr mache sie sich eine Menge Sorgen über die Eltern, aber auch über schulische Schwierigkeiten und häufig über Kleinigkeiten. Sorgen habe sie wegen fehlender Geborgenheit, Einsamkeit und Verlassenwerden.

Aus Nervosität könne sie manchmal nicht sprechen. R. ist phobisch strukturiert und entwickelt Ängste vor der Schule, vor Autoritäten, der Dunkelheit und dem Alleinsein sowie bei Höhen. Sie schlafe immer noch mit offenem Licht, vor Schlangen falle sie in Ohnmacht und vor Blut zittere sie am ganzen Körper und breche in Tränen aus. Sie sei auch gereizt, streitsüchtig und zerstörerisch und äußert auch noch gelegentlich autoaggressive Impulse. Seit einem Jahr leide sie an Ein- und Durchschlafstörungen, verbunden mit Alpträumen und Schreien.

Sie träume ständig, mit einem Messer erstochen oder erwürgt zu werden. In der letzten Woche habe sie vier schlaflose Nächte verbracht und gibt als Grund Liebeskummer an. Die vor einem Jahr aufgetretenen psychischen Auffälligkeiten rufen bei ihr Kurzatmigkeit, Gangschwierigkeiten, Tachykardie, verbunden mit Übelkeit und Gewichtsabnahme, hervor. Im Gegensatz dazu seien die Schmerzen und das Völlegefühl im Magen seltener geworden. Sie gibt auch Konzentrationsstörungen, z.B. beim Fernsehen, sowie Gedächtnisstörungen an.

Beurteilung

R. ist ein depressives, passives Mädchen. Sie ist durch allgemeine Antriebsschwäche und gehemmte Aggression charakterisiert, was bis zum Selbsthaß und Schuldgefühlen führt, verbunden mit Magersucht und Minderwertigkeitsempfindungen. Es zeigen sich bei ihr Verlustängste in verschiedenen Erscheinungsformen, wie Trennungsangst, mangelnde Geborgenheit, Einsamkeit und Verlassenwerden. Sie wünscht mit Konstanz geliebt

zu werden. R. fühlt sich abhängig, überfordert und somatisiert ihre Konflikte. Sie sagt:"Ich werde nicht geliebt. Die Eltern, mein Bruder und meine Freunde zeigen kein Interesse für mich. Ich schlucke alles hinunter und kann deswegen häufig nicht schlafen".

Uber die Genese dieser typisch depressiven Symptomatik schreibt F. Riedmann:"Wie die Psychoanalyse sagt, haben diese ihre Ursache bei der Mutter-Kind-Beziehung. Die individuelle Muttererfahrung spiegelt sich später in unserer Einstellung zu uns selbst wieder. Wer eine harte und ablehnende Mutter in sich abbilden muß, hält sich zutiefst für nicht liebenswert; seine Ich-Werdung ist vermindert".

Die Ich-Entwicklungs-Theoretiker (wie Maller, Miller, Hartmann) behaupten: "Das Kind kann bei der Symbiose mit der Mutter (frühe orale Phase) während des ersten Lebensjahres nicht zwischen einem eigenen Ich und dem der Mutter unterscheiden. Es identifiziert seine Selbstrepräsentanz mit der verinnerlichten Repräsentanz seiner Mutter. (Objektbeziehung und Repräsentanz).

"Die Mutter ist gut. Ich bin gut".

"Die Mutter ist böse. Ich bin böse".

Eine Trennung von der Mutter oder eine feindselige, ablehnende Mutter ist ätiologisch mit einem späteren Selbsthaß, Schuldgefühlen und innerer Leere verbunden. Dührssen spricht über die "Qualität im Sinne der Besitzproblematik des Erlebens bei psychogenen Appetitstörungen während der Kindheit und Pubertät". Sie schreibt:"Auf Liebesentzug, fehlende Zärtlichkeit , motorische Einengung reagiert ein Kind genau wie ein Tier mit Appetitstörung und Nahrungsverweigerung". Dührssen behauptet aus ihrer Erfahrung auch, daß die so beschriebenen, ungewünschten Kinder mit einem Anteil von mehr als 60 % aller Kinder von neurotischen Fehlentwicklungen gekennzeichnet sind.

R. erlebte zuerst als Kind und später immer wieder statt einer liebevollen, eine feindselige und ablehnende Mutter. Sie war ein unerwünschtes Kind und die Mutter bestrafte R. vielleicht für sich selbst und für die ungewollte Schwangerschaft mit Verboten und Unterdrückung der normalen weiblichen Entwicklung.

1) Die Trennung im Kindesalter von der geliebten Großmutter,
2) die Emigration mit folgendem Anpassungsstreß, Isolation und Sprachschwierigkeiten und
3) das Dorfklima des griechischen Gastarbeitergettos, in dem jeder über den anderen klatscht und strenge traditionelle Prinzipien über die Geschlechterverteilung herrschen,

können die Neurose auslösen und stabilisieren. In diesem Fall ist also

deutlich, in welchem Zusammenhang die Emigration, aber immer zusammen mit einer gestörten Familiendynamik, zu einer Fehlentwicklung führt. Ätiologisch handelt es sich um ein ängstlich-depressives Syndrom, verbunden mit multiplen somatischen Beschwerden und Schlafstörungen, bei asthenischer und phobischer Primärpersönlichkeit.

Diagnose

	ICD-Nr.	Grad
Depressive Angstzustände bei familiären Konflikten	300.4	2-3

Differentialdiagnose

Neurasthenie

Alter: 16 J. — Lina w — Fall 49 — Code-Nr. 0070

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	3	Demonstrativ	2
Depression	2	Deprimiert	2
Angst	1	Ängstlich	2
Zwangssymptome	1	Gehoben	1
Depersonalisation	1	Hypochondrisch	2
Reizbarkeit	2	Depressive Gedanken	1

Exploration

Das Erstgespräch mit L. fand im Februar 1980 in einem griechischen Gymnasium statt. Sie war bei der Exploration logorrhoisch und demonstrativ. Sie möchte im Mittelpunkt stehen und Eindruck machen, ist dabei aber ängstlich und mißtrauisch. Sie bat mich um eine psychiatrische Beratung ihrer Mutter.

Ungefähr einen Monat später rief die Mutter an und bat um Hilfe. Ein weiterer Kontakt erfolgte nicht mehr.

Wiederum einige Wochen darauf rief L. selbst an. Sie war nervös, logorrhoisch und sehr ängstlich. Sie erzählte von Ängsten gegenüber der Mutter, die wieder krank und gereizt gewesen sei. Zuhause sei die Hölle los, sie würde lieber in der Schule bleiben, möchte sich am liebsten umbringen. Jeden Versuch, die Eltern zu beraten, lehnte sie voller Angst ab. Drei Monate danach, bei einem Telefongespräch, berichtete die Mutter von einem Selbstmordversuch ihrer Tochter vor einer Abschlußprüfung, an der sie dann nicht teilgenommen habe. Die Situation der Tochter könne sie nicht durchschauen, gab aber der vom Kinderarzt angeordneten Diät und Medikation von Appetitzüglern die Schuld.

Biographie

L. ist in Deutschland geboren und lebte hier bis zum 5. Lebensjahr. Sie wurde dann für drei Jahre nach Griechenland zu ihren Großeltern gebracht, mit denen sie sich besser verstand.

Ihr Vater, ein Fotograf, und ihre Mutter, eine Verkäuferin, verließen Thessaloniki vor 18 Jahren, um ihr Glück in Deutschland als Gastarbeiter zu finden.

L. geht jetzt in die 3. Klasse des griechischen Gymnasiums. Sie war und ist immer noch eine von den besten Schülerinnen.

Als Kind habe sie eingenäßt, was auch jetzt noch ca. einmal pro Jahr vorkomme. Ferner habe sie viel gegessen, auch nachts, und sie habe Tics gehabt, wie mit der Nase spielen. Ihre Eltern beschreibt sie als altmodisch und streng. Der Erziehungsstil sei autoritär. So dürfe sie keine Initiativen zu Freundschaften ergreifen und nie allein ausgehen. Ihre Beziehung zu den Eltern sei immer sehr schlecht gewesen, in der letzten Zeit allerdings besser geworden. Ihre Mutter bevorzuge den Sohn. Sie empfinde L. als böse, schadenfroh und undankbar. Der Vater sei dagegen sympathischer und freundlicher. Aufgrund der Erkrankung der Mutter haben die Eltern scheinbar Probleme miteinander. Die Mutter wolle bald nach Griechenland zurückkehren, der Vater später. Deswegen und zusätzlich wegen finanzieller Schwierigkeiten gebe es ständig Auseinandersetzungen. Die Beziehung zu ihrem 8-jährigen Bruder beschreibt sie als mäßig. Mindestens fünfmal am Tag gebe es aber handgreifliche Auseinandersetzungen.

Familiäre Erkrankungen

Seit langem leide die Mutter an Depressionen. Vor einigen Jahren habe sie einen Suizidversuch gemacht. Eine Tante der Mutter sei zyklothym und stationär behandelt worden. Den Bruder der Mutter bezeichnet L. als sehr nervös und dessen Tochter beschäftige sich, wie sie selbst, mit schwarzer Magie. Die Großmutter mütterlicherseits Diabetes mellitus und der Großvater ein ulcus duodeni. Ihr Vater habe eine Gastritis und sein Vater soll Alkoholiker sein.

Somatische Anamnese

Keine nennenswerten Erkrankungen. Sie klagt über Menstruationsbeschwerden und Obstipation.

Psychische Anamnese

Seit sie im Alter von 11 Jahren einen Vampirfilm gesehen habe, phanta-

siere sie und erzähle unheimliche Geschichten. Damals habe sie zwei große Augen in der Dunkelheit gesehen und ein Jahr später habe sie eine Vision von ihrer geliebten, verstorbenen Großmutter gehabt. Sie schreibe Thriller und könne Realität und Träume manchmal nicht mehr unterscheiden. So habe sie z.B. einen blauen Stein an der Brust getragen, der von einer Buddhafigur gestohlen worden sei. Sie habe diesen Stein von einer alten Frau, die Zauberin sei, bekommen. Diese sei von L. einmal grundlos auf der Straße beschimpft worden. L. lese schwarze Magie und mache damit Experimente. Bei einem solchen Experiment habe sie ihre Seele dem Teufel verkauft. Sie habe das Gefühl gehabt, ihre Seele habe den Körper verlassen und sei davongeflogen, so daß sie aus dem Bett gefallen sei. Seit sie Satanistin sei, habe sie Angst vor Gott und Kirchen.

Momentane Beschwerden

Sie habe seit 2 1/2 Jahren stärkere Kopfschmerzen mit Brennen im Augenbereich. Diese Schmerzen träten jeden Abend auf, dauerten 3-4 Stunden und sie könne nicht mehr lesen. Während des Urlaubs in Griechenland habe sich diese Symptomatik deutlich gebessert. Im Affekt ist sie in den letzten Wochen mäßig depressiv. Manchmal erscheine ihr alles gleichgültig oder sie bleibe 3-4 Stunden still und ziehe sich zurück. L. äußert auch Selbstmordgedanken, ferner Hoffnungslosigkeit mit autoaggressiven Handlungen, wie die Haare ausreißen.

L. macht oft über die Eltern Witze und wird deswegen von ihnen fast täglich geschlagen. Sie klagt auch über mittelgradige Schuldgefühle den Eltern gegenüber und außerdem über Minderwertigkeitsgefühle:"Sie sei verrückt oder sehr dick".

Sie wirkt etwas ängstlich, unruhig und gereizt. Sie mache sich Sorgen über Kleinigkeiten, ihre Familie und ihre Gesundheit, ob sie wahnsinnig oder "zuckerkrank" sei. Sie wolle zum Nervenarzt gehen. Sie äußert Zwangsgedanken in Form von Beschimpfungen wie z.B. "geh zum Teufel", empfinde dies aber nicht als besonders lästig. Sie müsse u.a. Nachkontrollen vornehmen, z.B., ob im Klo die Spülung abgezogen wurde, oder ob sie die nötigen Tabletten genommen habe. Sie sei unordentlich. Sie berichtet von Depersonalisation, wo alles um sie "gespenstisch" und "romantisch" sei und sich in eine Vision verwandle. Sie fühle sich dabei aber wohl. Sie sagt:"Einmal am Strand habe ich das Gefühl gehabt, ich fliege ins Meer, verzaubert vom Singen der Nymphen, um diese in den Meerestiefen zu treffen". Sie behauptet weiter:"Ich werde von jemand im Schlaf durch Gedankeneingebung über meine nächste Zukunft benachrichtigt".

Beurteilung

L. äußert Nostalgie für ihre Heimat und Heimweh. Bei den Großeltern in Griechenland sei sie glücklich gewesen. In Deutschland fühle sie sich fremd und sie empfinde die Deutschen als intolerant und unfreundlich. Sie sagt:"Die deutschen Jugendlichen sollen nicht auf Ausländer mit dem Finger zeigen und über ihre Sprache lachen".

Bei der Familie fühle sie sich nicht wohl. L ist mit einer kranken, gereizten und strengen Mutter konfrontiert. Die geliebte Großmutter ist tot und die depressive Mutter kann nicht geduldig und tolerant mit ihren Kindern umgehen. Sie ist selbst narzistisch und sucht für sich selbst ein verfügbares Objekt. Ein Kind ist verfügbar, man kann es erziehen, daß es so wird, wie man es gern hätte. Das Kind hat aber sein eigenes narzistisches Bedürfnis nach Liebe, Bewunderung und Versorgung. L. sagt: "Ich möchte von allen bewundert werden und Mittelpunkt sein. Es werden eines Tages die Zeitungen über mich als Zauberin schreiben".

So ist der Ausweg in der frustrierenden, unerträglichen Realität entweder Selbstmord, Depression oder die Phantasie. Sie baut eine gespenstische, romantische Welt auf, in der sie im Zentrum steht, und mit ihren unheimlichen Geschichten zieht sie das Interesse ihrer Mitschüler auf sich. Dies entspricht einer Pseudologia phantastica, wie Delbrück es beschreibt: "Lügen, Unwahrhaftigkeiten steigern sich bis zur völlig unbewußten und selbst geglaubten Scheinwahrheit".

Ätiologisch handelt es sich um ein ängstlich-suizidales, depressives Syndrom mit starken Kopfschmerzen.

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Reaktive Depression mit hysterischer Neurose	300.1	3-3

Alter: 19 J. Angelos m Fall 44 Code-Nr. 0469

A) **Subjektive Beurteilung**		B) **Objektive Beurteilung**	
Müdigkeit	2	Langsam	1
Depression	2	Abwehrend	1
Angst	2	Ängstlich	1
Reizbarkeit	3	Depressive Gedanken	3
Konzentrationsstörung	1		

Exploration

A., ein 19-jähriger junger Mann, wurde im April 1980 im griechischen Lyzeum in München interviewt. Bei der Exploration wirkte er wenig spon-

tan und leicht melancholisch. Obwohl er aggressive Impulse geäußert hatte, saß er ruhig da und berichtete über seine Probleme freundlich, aber etwas verharmlosend. Eine Narbe von einer operierten Hasenscharte ist an der Oberlippe zu sehen.

Biographie

A. ist in Griechenland geboren und wuchs bei den Eltern in einem Dorf in Mittelgriechenland auf. Der Vater, ein ehemaliger Bauer, kam vor 11 Jahren nach Deutschland. A. blieb mit seiner Mutter zurück im Dorf und kam erst vor 7 Jahren nach Deutschland. Seit drei Jahren arbeite der Vater nicht mehr. Er sei wegen einer chronischen Nierenerkrankung Rentner geworden, und so mußte A. in dem Lokal, in dem die Mutter als Köchin arbeite, 15 Stunden pro Woche mithelfen, um die Familie finanziell zu unterstützen.

Aus seiner Kindheit erzählt A. nicht viel. Es ist nur bekannt, daß die Geburt schwer gewesen sei und er bis zum Schulalter einnäßte. Seine Schulleistungen waren immer schlecht. In Deutschland seien diese aber noch schlechter geworden, sicher auch wegen sprachlichen Problemen. Er wiederholte die 6. Klasse der Volksschule und später die 1. und 2. Klasse des Lyzeums. Dafür beschuldigt er die Mitschüler, die ihn als "Hasenscharte" verspottet hätten. Er reagiere in der Schule häufig sehr aggressiv, beschimpfe die Lehrer und schwänze öfter den Unterricht. Bei einer Auseinandersetzung mit einer Lehrerin sei diese von ihm geschlagen worden. Er sei sehr zurückgezogen und immer ein passives, kontaktschwaches Kind gewesen.

Er gehöre einer Rock-Funk-Gruppe an, von der die Mehrzahl der Mitglieder vor kurzem verhaftet wurden. Mit diesen Leuten habe er seine freie Zeit in Discos verbracht oder sei mit dem Motorrad bis morgens herumgefahren. Er habe bei den täglichen Schlägereien und kleinen Diebstählen teilgenommen. Wenn es zu Quälereien anderer Rocker oder zu Auseinandersetzungen mit dem Messer komme, tue er vor allen so, als ob er auch ein harter Typ sei, in Wahrheit habe er aber Mitleid mit den Angegriffenen und vermeide es, ihnen zu schaden. Um seine Freunde zu imitieren, sei er mit 15 und mit 17 Jahren ohne tiefere Gründe von zuhause weggelaufen. er beschreibt seine Beziehung zu den Eltern als mäßig bis gut, jedoch antwortete er auf dem diesbezüglichen Fragebogen völlig gegensätzlich. Seine Eltern hätten nicht viel Zeit für ihn, würden aber emotional zu ihm stehen. Er glaubt, zu einer anderen Welt zu gehören als seine Eltern und liebe diese kaum. Er beschreibt den Vater als zurückgezogen sowie ruhig und die Mutter als eher extravertiert und überbesorgt.

Mit seiner 15-jährigen Schwester, übrigens einer sehr guten Schülerin, verstehe er sich überhaupt nicht.

Familiäre Erkrankungen

Der Vater leide an Diabetes mellitus; die Großmutter mütterlicherseits an Hypertonie. Der Großvater väterlicherseits sei an Krebs gestorben, er soll auch Trinker gewesen sein.

Sexuelle Anamnese

Mit 12 Jahren habe er zu onanieren angefangen. Trotz seiner Scheu und Unsicherheit Frauen gegenüber habe er mehrmals bei Gruppensex teilgenommen und zwar in den letzten drei Jahren.

Somatische Anamnese

Wegen seiner Hasenscharte zweimal plastische Operation, mit zwei Jahren und mit 17 Jahren.

Psychische Anamnese

Vor drei Jahren habe er wegen der ersten Erkrankung seines Vaters an einer schweren depressiven Verstimmung gelitten.

Momentane Beschwerden

In den letzten drei Jahren klagte A. über depressive Verstimmungen und Hoffnungslosigkeit. Manchmal scheine ihm alles gleichgültig. Er sei sehr passiv und reagiere auf Aufforderungen wie ein Roboter. Ihm fehle es sehr an Antriebskraft, seine Gedanken kreisten immer wieder um den möglichen Tod seines Vaters oder um sein Unwohlempfinden.
Seine Zukunft sieht er düster und schwarz. Wegen seiner Selbstunsicherheit und Scheu komme er sich sehr minderwertig vor. Seit einem Jahr fühle er sich ständig müde, schwach und erschöpft.
Es fehle ihm offenbar an Energie. A. klagt noch über grundlose Angst mit Spannung, über Ratlosigkeit, enge Gefühle in der Brust und innere Unruhe.
Er sei sehr besorgt, besonders über die Gesundheit seines Vaters und könne nicht ruhig bleiben.
Häufig reagiere er schnell aggressiv und unbeherrscht. Wenn er allein zuhause sei, kontrolliere er zwanghaft mehrmals die Tür.
Er wasche seine Hände 7-8 mal pro Tag und sei unentschlossen. Fast 10mal täglich müsse er, einem inneren Zwang folgend, auf der Treppe eine Stufe überspringen oder auf dem Pflaster mit gekreuzten Beinen springen. Er

berichtet auch von Alkoholmißbrauch und gelegentlichen Rauschmittelgebrauch, wie z.B. Haschisch, Marihuana, LSD, Valium und Mandrax. Er rauche 10 Zigaretten täglich.

Beurteilung

A. zeigt parallel zu einer chronisch-depressiven Grundstimmung und asthenischen Charakterstruktur eine ausgeprägte Störung des Sozialverhaltens.

Ein monokausaler Erklärungsversuch dieser Dissozialität ist aus empirischer Sicht nicht zu überlegen.

A.s Biographie besteht aus ständigen Frustrationen, wie z.B. der Trennung vom Vater im Kindesalter, der Emigration mit den daraus resultierenden Anpassungsschwierigkeiten, den ungünstigen materiellen Verhältnissen und später der Erkrankung des Vaters.

Die Frustrations-Aggressions-Hypothese (Dolrard, Doeb, Mowler, Sears, Miller) faßt die Aggression als Reaktion auf erlittene Frustration auf.

Nissen stellte bei langjährigen Nachuntersuchungen bei primär depressiven Kindern bei 8 % der Fällen Verwahrlosungssyndrome bei chronisch-depressiver Grundstimmung fest.

In Deutschland wies Hartmann bei 48 % verwahrloster männlicher Jugendlicher eine depressive Verstimmung nach. Dieses Asozialitätssyndrom trat sehr oft bei Probanden auf, die wie A. von Rastlosigkeit, mangelhafter Entmutigungstoleranz und mangelhafter Kontaktbindung charakterisiert sind. A. sagt, der Rauschmittelgebrauch helfe ihm, aus seiner unglücklichen Realität zu fliehen und sich mit anderen Menschen gruppengemäß zu verhalten. Nissen beschreibt auch die "Dissozialität als Folge einer Mangel- oder Fehlerziehung und eines ungünstigen Milieus".

Die Eltern von A. seien Analphabeten und müßten viel arbeiten. Sie könnten sich nicht um ihn kümmern und hätten auch kein Interesse dafür. Er solle seine Probleme selbst lösen. Die Erkrankung des Vaters und die finanzielle Unsicherheit hätten die Familienatmosphäre verschlechtert. A. könne sich in Deutschland nicht mit seinen Eltern identifizieren. Sein größter Wunsch sei, eines Tages in seinem Dorf leben zu können.

Ätiologisch handelt es sich um ein ängstlich-erregtes, depressives Syndrom bei asthenischer Primärpersönlichkeit und Störungen des Sozialverhaltens.

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Störung des Sozialverhaltens mit Sozialisation (Gruppe)	312.1	2-1

Depressive Neurose bei
asthenischer Persönlichkeit 300.4 2-3

Alter: 16 J. Alice w Fall 54 Code-Nr. 0484

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	3	Demonstrativ	1
Müdigkeit	2	Deprimiert	1
Schlafstörung	2	Ängstlich	1
Depression	2	Hypochondrisch	1
Angst	1		
Reizbarkeit	2.		

Exploration

A., ein freundliches und nettes 16-jähriges Mädchen, wurde im Mai 1980 im griechischen Gymnasium in München interviewt. Bei der Exploration verhielt sie sich wie eine Erwachsene von 21 Jahren; sie wirkte bewußt und befreit. Ihr Aussehen und ihre Kleidung paßten ebenfalls zu ihrem Verhalten. Sie sprach locker und ohne Hemmungen über ihre Sexualität, was nur selten bei griechischen Altersgenossen auftritt. A. war demonstrativ, kokettierte und verfiel plötzlich in Melancholie.

Biographie

A. wurde in Athen als zweite Tochter eines Kellners geboren. 1970 ging der Vater nach Deutschland, später folgte ihm die Mutter. Sie und ihre 6 Jahre ältere Schwester mußten zu den Großeltern, die in einer griechischen Kleinstadt lebten.

Dort verbrachte A. zwei Jahre ohne Anpassungsprobleme. Mit neun Jahren kam sie zu den Eltern nach Deutschland. Ihr ältere Schwester blieb bei den Großeltern. Sie erzählt von Appetitlosigkeit und Erbrechen. Während der Kindheit sei sie immer extrovertiert gewesen, auch waren ihre Freundschaften meist oberflächlich. Sie zeige kein besonderes Interesse für die Schule, trotzdem möchte sie an der Uni studieren. Sie mußte die zweite Klasse des Gymnasiums wiederholen.

Die Beziehung zu den Eltern sei im allgemeinen ziemlich gut. Sie hinge besonders an ihrem Vater, den sie innig liebe. Für ihn bedeute sie auch sehr viel. Trotzdem finde sie, daß ihre Eltern sehr beschäftigt seien und wenig Zeit für sie und ihre Probleme aufbrächten. Sie sollen konservativ sein und noch dazu Moralisten. Speziell der Vater vertrete traditionelle Prinzipien über die Frauenrolle. A. dürfe im Monat nur zweimal ausgehen, jedoch nie allein und nie abends. Deshalb fühle sie

sich unfrei und streite mit den Eltern. Es gelinge ihr dann, durch verschiedene Lügen und Ausreden Freiheit zu finden und sich mit ihrem Freund zu treffen. Mit acht Jahren soll sie zu flirten angefangen haben. Sie habe nie ein Verhältnis mit Altersgenossen gehabt. Ihre Freunde seien 25-30 Jährige gewesen. Mit 14 Jahren sei sie mit einem 25-jährigen Griechen aus dem Ort weggelaufen, um frei zu sein. Kurz darauf habe sie sich mit ihm verlobt. Sie sei aber wieder nach Deutschland gekommen und ein Jahr später habe sie sich von ihm getrennt. Ihre derzeitige Beziehung mit einem 30-jährigen geschiedenen Griechen, der Vater von zwei Kinder ist und von Beruf Maschinenbauer, werde von den Eltern nicht akzeptiert. Sie sei deswegen häufig verprügelt worden. Die Eltern drohten, gegen den Freund gerichtlich vorzugehen.

Sexuelle Anamnese
Menarche mit 12 Jahren, Onanie mit 13 Jahren und erste intime Beziehungen mit 14 Jahren. Sie klagt über Anorgasmie und habe deswegen starke Schuldgefühle.

Psychische Anamnese
Im Juni 1979 machte sie einen leichtfertigen Selbstmordversuch mit einem Messer, weil ihre Eltern sie gezwungen hätten, mit ihrem Freund Schluß zu machen.

Familiäre Erkrankungen
Eine Tante väterlicherseits soll geistig krank sein.

Somatische Anamnese
Keuchhusten, ansonsten unauffällig.

Momentane Beschwerden
A. klagt über Kopfschmerzen, Müdigkeit und depressive Verstimmung, seit sie sich mit den Eltern wegen ihres Freundes streite, nämlich seit einem Jahr. Sie sei lustlos, mißgelaunt und manchmal niedergeschlagen. Sie weine täglich und könne von dieser Verstimmung nicht leicht loskommen. Bis vor einigen Monaten hätten Suizidgedanken bestanden. Sie werde leicht nervös, gereizt, ängstlich und besorgt. Zu dieser Symptomatik komme seit den letzten 4-5 Monaten eine zunehmende Ein- und Durchschlafstörung mit Alpträumen, Weinen und Schreien.
Sie erzählt, daß sie einmal schlafwandelte und in den letzten zwei Nächten nicht geschlafen habe. Sie sei sehr besorgt über ihren Gesund-

heitszustand. Sie fürchte, wegen der häufigen Druck- und Stichgefühle in der Brust, schwer krank zu sein. A. leide auch seit Jahren an täglichen, therapieresistenten Kopfschmerzen. Dazu gibt sie Kloßgefühle, Übelkeit, starkes Schwitzen und Schwindel an. Ihr Hausarzt habe trotz mehrerer Untersuchungen keine organischen Ursachen feststellen könne.

Beurteilung

Dieser Fall gehört zu einer anderen Kategorie als die bis jetzt beschriebenen Fälle. Die neurotische Entwicklung ist nicht geprägt von Trennungsängsten oder Anpassungsschwierigkeiten wie bei den anderen Probanden, aber von den Schwierigkeiten, sich zwischen zwei widersprüchlichen Welten zu identifizieren. Auf der einen Seite steht die Familie mit traditioneller griechischer Kultur, auf der anderen die hiesige Umwelt mit dem deutschen Lebensstil.

Bei vielen ausländischen Mädchen trifft man die gleiche Symptomatik und die gleiche Problematik.

A. sagt: "Ich möchte immer hier leben und studieren, aber meine Eltern nicht. Ich verstehe mich mehr mit den Deutschen und mag ihren modernen, freien Lebensstil und ihren Wohlstand. Ich und meine Eltern, wir sprechen eine verschiedene Sprache".

Die Eltern von A. haben im Gegensatz zu anderen Griechen schon Kontakt mit Deutschen und versuchen, sie zu imitieren. Jedoch wurde A. sehr puritanisch und streng erzogen. Für ein tieferes Verständnis ihrer Symptomatik und hysterischen Charakterzüge kann die folgenden Zitate berücksichtigen: "Die Bereitschaft zur vorzeitigen Ausübung des Geschlechtsverkehrs kommt eher einer Duldung gleich, gelingt es dem Mädchen doch auf diese Weise, mit einem Schlag in die Welt der Erwachsenen überzusteigen. Dieses Verhalten setzt jedoch ein schwaches oder gewährendes Über-Ich voraus und verweist damit auf die Historie der Kindheit, auf die Erziehung, auf die Eltern. Manchmal kann es sich um echte Protesthandlungen des Ich gegen übermäßige Strenge, Triebverdrängung, Sexualität als Sünde, handeln. In solchen Fällen treten fast immer Schuldgefühle und depressive Reaktionen auf".

Über das zentrale Problem hysterischer Persönlichkeiten schreibt F. Riemann, "daß sie die Identität mit sich selbst nicht gefunden haben. Entweder finden sie aus der Identifikation mit den Vorbildern ihrer Kindheit nicht heraus, oder bleiben in der Rebellion gegen diese stecken, oder sie übernehmen sonstige sich anbietende Rollen. Sind die Eltern zu wenig wirkliche Vorbilder für das Kind,bleiben ihm nur zwei Möglichkeiten offen: entweder es identifiziert sich trotzdem mit ihnen

und ihren Scheinwerten, oder es nimmt die Eltern nicht mehr ernst, fühlt sich völlig verlassen und will nur nicht werden wie die Eltern". Ätiologisch handelt es sich um ein depressives Syndrom mit Schlafstörungen, Körperbeschwerden und Störungen der psychosexuellen Entwicklung bei hysterisch strukturierter Persönlichkeit.

Diagnose

	ICD-Nr.	Grad
Depressive Neurose bei depressiv-hysterischer Primärpersönlichkeit	300.4	2-3
Spannungskopfschmerzen	307.8	2-1

Alter: 16 J. Kostas m Fall 68 Code-Nr. 0130

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	2	Abwehrend	2
Müdigkeit	2	Demonstrativ	1
Depression	2	Deprimiert	1
Angst	2	Ängstlich	2
Phobie	2	Depressive Gedanken	1
Zwangssymptome	3-4		

Exploration

Das Gespräch fand im Mai 1980 statt. Bei der Exploration war K. zurückhaltend, mißtrauisch, gereizt und nervös, wurde aber mit der Zeit gelöster, wobei aber immer wieder Intervalle von Errötung und Faszikulationen der Augenmuskulatur auftraten sowie unruhiges Verhalten beim Sitzen.

Biographie

K. ist das erste Kind eines griechischen Lehrerehepaars und wurde 1964 durch Sectio in Athen entbunden. Als er 12 Jahre alt war, zogen die Eltern nach Hamburg, dann nach München, wo beide an griechischen Schulen unterrichteten. K. besucht die 1. Klasse des griechischen Lyzeums in München. Seine Schulleistungen sind sehr gut. Er ist intelligent und vielseitig interessiert, insbesondere beschäftigt er sich mit Literatur, Psychologie und Politik, er liest viel. Er habe Zweifel an dieser Gesellschaft und setze sich kritisch mit dem Schulsystem auseinander. Mit Mitschülern habe er wenig Kontakt. Er habe Freunde in einer Rock-Gruppe. Sie würden zusammen Musik hören, Haschisch rauchen und mit anderen Gruppen rivalisieren. Die häusliche Atmosphäre wird als typisch griechisch und kleinbürgerlich beschrieben. Die Mutter dominiere, sie

sei übertrieben sauber und ordentlich. Er werde mit altmodischen Erziehungsmethoden, die von religiösen Vorstellungen geprägt seien, erzogen. Um die Familie an sich zu binden, spiele die Mutter häufig die Kranke. K. und seine Schwester ständen von ihrer Seite her unter starkem Leistungsdruck. Der Vater aber sei weniger streng und bringe ihm mehr Verständnis entgegen. Seit seiner Erkrankung bemühe sich der Vater zusehends, auf ihn einzugehen, was K. aber ablehne.
Es gehe ihm weder gut noch schlecht, er habe aber, wenn er über seine Situation nachdenke und deswegen traurig werde, Suizidgedanken. Er komme mit der Gesellschaft und Umgebung nicht zurecht und empfinde sie als rigide und autoritär. Er sei deswegen auch oft aggressiv und zerstörerisch, werfe Gitarren auf den Boden, lasse seine Wut an Autos aus oder beschimpfe seine Eltern und sei ohne Respekt.
Er bezeichnet sich als sehr angespannt und nervös. Er mache sich über die Schule eine Menge Sorgen und leide auch unter Prüfungsangst mit vegetativen Störungen und unter einer leichten Claustrophobie und Agoraphobie. Er reagiere manchmal mit Kurzatmigkeit und Schwindelanfällen im Lift. K. klagt auch über übermäßige Müdigkeit, mittelgradige Kopfschmerzen, Kurzatmigkeit und saures Aufstoßen. Er bekäme auch Tics in Form von Öffnen und Schließen der Hände sowie Augenblinzeln.
Aus Verzweiflung rauche er bis zu 30 Zigaretten am Tag oder gelegentlich Haschisch. Er habe angefangen zu trinken und Beruhigungsmittel zu nehmen.

Sexuelle Anamnese
Im Alter von 10-13 Jahren habe er onaniert, was ihm nachträglich komisch erscheine.
Er habe keine Freundin und verliebe sich immer nur platonisch, weil er keinen intimen Kontakt wolle.

Psychische Anamnese
Die Erstmanifestation der jetzigen Symptomatik sei schon in der Kindheit aufgetreten. Die Beschwerden hatten sich in Form von Zwangsimpulsen geäußert. So habe Vögel mit Steinen zwanghaft abgeschossen oder er habe nicht ohne Hilfe von Mitschülern die Seite seines Buchs umblättern können. Ein längeres symptomfreies Intervall sei mit dem Umzug nach Deutschland beendet gewesen. Seit ca. einem Jahr fühle er sich traurig und desinteressiert. Er könne sich nur schwer in seiner neuen Umgebung und Situation zurechtfinden, weil ihm die Anpassung schwer fiele. Nach Ferien in Griechenland, wo er sich sehr wohl gefühlt habe, sei er nach

seiner Rückkehr nach Deutschland wieder depressiv geworden und habe sich mit Suizidgedanken getragen. Er habe an Schlafstörungen gelitten und nicht ohne eine bestimmt Kette einschlafen können.

Momentane Beschwerden

Sie äußern sich weiterhin und zunehmend in Zwangshandlungen und Zwangsgedanken.

So müsse er 100-200 mal am Tag an ein ausgefranstes Hemd denken; oft käme es vor, daß er daran mitten unter dem Essen, Lesen oder Schreiben denke und deswegen müsse er völlig ruhig dasitzen, die Augen schließen und die Hände auf eine bestimmte Stelle legen. Wenn diese Haltung nicht exakt stimme, müsse er das Ritual wiederholen. Er äußert auch Kontroll-, Ordnungs- und Waschzwang; er müsse Briefe einwerfen, seine Schulsachen kontrollieren und seine Schallplatten bzw. Bücher säubern, er habe das Gefühl, schmutzig zu sein und sich waschen zu müssen. Diese Zustände empfinde er als quälend und versuche, sie mit Müdigkeit und Kopfschmerzen zu vermindern.

Beurteilung

Bei K. ist eine Konfliktsituation zwischen einem moralisierenden starken Uber-Ich, aus der strengen Erziehung resultierend, und seinen triebhaften und aggressiven Tendenzen entstanden.

Ätiologisch steht im Vordergrund eine dominate und anankastisch strukturierte, strenge Mutter sowie Anpassungsschwierigkeiten und Unzufriedenheit mit dem Leben in Deutschland. Die Menschen hier sind ohne Gefühle und können nicht lustig leben.

K. wünscht sich eine analytische Psychotherapie, die aber von einem männlichen Analytiker durchgeführt werden sollte, weil es Dinge gäbe, die er einer Frau nicht sagen könne.

Es handelt sich um ein anankastisches, depressives Syndrom mit Ängsten, Zwangsgedanken und -handlungen sowie aggressiven Impulsen und somatischen Beschwerden.

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Zwangsneurose	300.3	3-3
Störungen des Sozialverhaltens mit Sozialisation	312.0	0-1

Alter: 17 J. Maria w Fall 69 Code-Nr. 0653

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	2	Langsam	3
Müdigkeit	1	Abwehrend	2
Schlafstörung	1	Deprimiert	2
Depression	1	Ängstlich	1
Phobie	1	Depressive Gedanken	2
Zwang	1		
Konzentrationsstörungen	3		

Exploration

Das Erstgespräch mit M. fand Ende Mai 1980 im griechischen Lyzeum, München, statt. Sie wirkte ruhig und zurückgezogen, in ihrem Ausdrucksverhalten, in Mimik und Gestik eingeschränkt. Sie erschien traurig, hochgradig zerstreut, vergeßlich und mißtrauisch.

Sie beantwortete oft einfache Frage mit: "Ich erinnere mich an nichts" oder "Ich weiß nicht". So antwortete sie z.B. auf die Frage, ob sie ihre Probleme mit ihrer Mutter bespreche: "Ich erinnere mich nicht daran". Häufig beantwortete sie die Frage erst nach einer längeren Erklärung.

Ein zweites Gespräch fand zufällig während der Exploration einer Freundin von M. in deren Haus statt. Damals wirkte sie weniger zerstreut und zurückgezogen. Die Freundin berichtete, daß M. sich in den letzten zwei Jahren sehr geändert habe und im Zusammenhang mit einer platonischen Liebe vergeßlich und zerstreut geworden sei.

Biographie

Sie ist in einem kleinen Dorf in Nordgriechenland geboren. Als sie ein Jahr alt war, ging der Vater, ein ehemaliger Bauer, nach Deutschland; ein Jahr später folgte die Mutter. Seit dem zweiten Lebensjahr lebte M. bei den Großeltern. Mit diesen habe sie sich besser verstanden als mit den Eltern. Mit acht Jahren sei sie erst nach Deutschland geholt worden. Sie hat einen acht Jahre jüngeren Bruder, der von Anfang an bei der Familie gewesen sei. Jetzt besuche sie die zweite Klasse des Lyzeums.

Sie berichtet aus ihrer Kindheit von einer schwierigen Geburt, Bettnässen bis zum Alter von acht Jahren und Nägelkauen, das bis jetzt anhält.

M. hat ihre Eltern gern, fühlt sich aber von ihnen nicht verstanden. Sie möchten, daß M. sich so verhält, wie sie selbst sich in ihrer Jugend verhielten. Sie beschreibt ihre Eltern als streng und altmodisch. Sie dürfe nur zweimal pro Monat allein mit Freundinnen - höchstens vier Stunden - ausgehen. Der Vater verlange viel von ihr, spreche aber mit

ihr nur selten über ihre Probleme. Deshalb fühle sie sich nicht geliebt. Mit ihrem Bruder komme sie mäßig aus.
Während der Krankheit hätten keine Schul- und Kontaktschwierigkeiten bestanden.
Seit den letzten zwei Jahren hätten sich ihre Schulleistungen verschlechtert und die Kontakte seien oberflächlich geworden. Seit dieser Zeit sei sei hoffnungslos platonisch in einen Jungen verliebt.

Sexuelle Anamnese
Mit 14 Jahren Menarche, Periode regelmäßig.

Somatische Anamnese
Hepatitis A mit 10 Jahren.

Familiäre Erkrankungen
Die Mutter leide an Ängsten und Unruhe, nehme deswegen Beruhigungsmittel.

Momentane Beschwerden
Seit 1 1/2 Jahren leide sie an mittelgradigen Kopfschmerzen und Schwindelgefühlen. Diese Beschwerden halten etwa 30-60 Minuten an und kommen etwa 2-3 mal pro Woche vor. Dabei verspüre sie Stiche und Schmerzen in der Brust. Deswegen habe sie ihren Hausarzt zweimal aufgesucht. Ihre Stimmung sei in der letzten Zeit relativ gut gewesen, im Gegensatz zu einem Jahr vorher. Jetzt fühle sie sich eher lustlos und klagt auch über Nervosität, grundlose Angst und innere Unruhe. Sie mache sich eine Menge Sorgen über ihre sehr strenge Familie, die Schule und den von ihr angehimmelten Jungen.
Sie habe Angst, im Cafe allein zur Toilette zu gehen. Sie sei sehr häufig zerstreut.

Beurteilung
Von der Persönlichkeit her ist sie ein phobischer und zwanghafter Typ. Ihre Kontakte zur Umwelt sind oberflächlich. Aus Andeutungen ihrer Freundinnen ist zu entnehmen, daß ein starkes Minderwertigkeitsgefühl in Bezug auf Männer bei ihr vorhanden sein soll. Die erwähnte Symptomatik kann man als eine Pubertätskrise, aber auf dem Boden einer neurotischen Fehlentwicklung beurteilen. Es handelt sich um ein apathisch depressives Syndrom mit Konzentrationsstörungen und somatischen Beschwerden, wie z.B. Kopfschmerzen.

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Psychogene Kopfschmerzen	307.8	2-3
Neurasthenie	300.5	2-2

Differenziale Diagnose

Depressive Neurose

Alter: 16 J. Eli w Fall 65 Code-Nr. 0592

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	2	Abwehrend	3
Müdigkeit	2	Deprimiert	3
Schlafstörung	1	Ängstlich	3
Depression	3	Hypochondrie	1
Angst	3	Depressive Gedanken	3
Phobie	1		
Zwangssymptome	2		
Depersonalisation	1		
Reizbarkeit	2		
Konzentrationsstörung	1		

Exploration

Das Erstgespräch mit E. fand im Mai 1980 in dem griechischen Gymnasium in München statt.

E., ein 16-jähriges Mädchen, war sehr schwierig zu explorieren. Die Exploration erstreckte sich auf jeweils drei Stunden an zwei verschiedenen Tagen. Sie schien immer etwas zu verheimlichen.

Sie wirkte bei der Exploration freundlich, jedoch melancholisch und sehr mißtrauisch. Sie war innerlich und motorisch unruhig - so waren Beine und Hände in ständiger Bewegung und sie konnte nicht stillsitzen.

Zu dem Vorschlag für eine Psychotherapie verhielt sie sich ambivalent.

Bei einem Telefonat, zwei Monate später, äußerte sie schwere depressive Verstimmung, Ängstlichkeit sowie Konzentrationsstörung und bat um Hilfe. Sie habe inzwischen über Zwangsgedanken nachgelesen und glaubt, selbst Zwangsgedanken zu haben. Außerdem glaube sie, unter einem Schönheitsfehler zu leiden. Weitere Auskünfte, insbesondere über den Inhalt der Zwangsgedanken oder den Schönheitsfehler, gab sie nicht.

Biographie

E. ist in Griechenland als zweite Tochter einer Bauernfamilie geboren und erst vor fünf Jahren zu ihren Eltern in die Bundesrepublik gekommen. Der Vater kam als ungelernter Arbeiter vor 11 Jahren nach Deutschland,

2-3 Jahre später auch die Mutter. Als 6-jährige blieb E. bei den Großeltern bis zum Alter von 11 Jahren.
Aus ihrer Kindheit berichtete sie über ausgeprägte Dunkelheitsängste sowie Tics in Form von Grimassieren und Störungen beim Essen.
Ihre Schulleistungen zeigen große Schwankungen, sie seien stimmungsabhängig. Sie sei menschenscheu, habe wenig Kontakt zu Mitschülern und fühle sich unbeliebt. Ihre Lehrer empfinde sie als unfreundlich und streng. Durch die neuen Beziehungen zu zwei deutschen Jungen werde ihr psychisch sehr geholfen. Mit deren Hilfe beginne sie, ihre Minderwertigkeitsgefühle abzubauen.Mit ihren bisherigen griechischen Männerfreundschaften habe sie nur schlechte Erfahrungen gemacht.
Sie beschreibt ihren Vater als schwache Persönlichkeit, doch in seiner Erziehung als streng. Sie stellt die Mutter als reizbar, streng, zwanghaft dar. Ihre Beziehung zu den Eltern, besonders zu der Mutter, sei schlecht, die Beziehung zur Schwester sei etwas besser. Sie finde das Verhalten der Eltern ihr gegenüber altmodisch, z.B. dürfe sie abends nicht ausgehen. Sie versuche trotzdem, ihre Anschauungen durchzusetzen. Streitereien seien an der Tagesordnung. Sie sagt: "Die Eltern gehören in eine andere Welt". Außerdem hat sie das Gefühl, daß sie von ihren Eltern auch nicht geliebt zu werden. Seit zwei Jahren gäbe es in der Familie ständig Unruhe. Die Eltern bedrängen ihre Schwester seit zwei Jahren sich mit einem jungen griechischen Arbeiter zu verloben. Bis vor einem Jahr gab es aus diesem Grund daheim immer Streit. E. sagt: "Meine Eltern lieben diesen Freund mehr als ihre Tochter".
Außerdem würden die Eltern sie öfter schlagen und beschimpfen, z.B. weil sie böse, unmoralisch, blutsüchtig und unfähig sei. Deswegen empfinde sie sich als wertlos, unbrauchbar, häßlich und schäme sich für sich selbst. Ihr einziger Wunsch sei, weit weg von den Eltern leben zu können, z.B. in den USA. Häufig träume sie voll Angst, daß die Eltern sie zwingen könnten, für immer bei ihnen zu bleiben.

Familiäre Erkrankungen
Mutter und Großmutter mütterlicherseits litten an Hypertonie. Wegen eines ängstlichen Syndroms sei die Mutter mit Tranquilizern behandelt worden.

Sexuelle Anamnese
Mit 14 Jahren Menarche und mit 15 Jahren erster Geschlechtsverkehr.

Somatische Anamnese Keine nennenswerten Krankheiten.

Psychatrische Anamnese

Es bestanden gelegentlich anorektische Zustände, wie z.B. Appetitverlust begleitet von sekundärer Amenorrhö.

Vor 1 1/2 Jahren habe sie schwere Schlafstörungen sowie schwere depressive Verstimmungen gehabt und einen Suizidversuch mit Tabletten unternommen. Sie verbinde die Symptomatik mit ihrem damaligen familiären Zustand.

Momentane Beschwerden

Sie klagt über Kopfschmerzen, ca. zweimal wöchentlich, Rückenschmerzen, Schwitzen und Zittern.

In der letzten Zeit sei ihre Stimmung besser geworden. Trotzdem fühle sie sich immer noch unglücklich und lustlos sowie minderwertig. Sie äußert autoaggressive Impulse und Handlungen (z.B. Haareausreißen, sich verletzen durch Aufkratzen) und Suzidgedanken. Manchmal sei sie für alles gleichgültig, sie ziehe sich zurück und empfinde alles traurig, dunkel und sich selbst als häßlich. Außerdem sei sie sehr gespannt, gereizt und ängstlich.

Bei Anforderungen in der Schule bekomme sie vegetative Störungen. Auch leide sie unter Schwitzen und Magenbeschwerden, ferner unter Schul-,Prüfungs- und Autoritätsängsten. Seit zwei Jahren mache sie sich große Sorgen über ihren Gesundheitszustand und bezeichnet sich selbst als "wahnsinnig".

Dabei äußert sie zwanghafte und aggressive Impulse, wie die Mutter zu vergiften und Bomben in Autos zu werfen. Sie klagt über Konzentrationsmangel und als Vitalstörung imponiert auch noch eine Müdigkeit und eine Schwäche in den Gliedern.

Beurteilung

Die erwähnte Symptomatik habe gleichzeitig mit den Problemen in der Familie angefangen. Im allgemeinen wirkt E. einerseits kritischer und skeptischer als ihre Altersgenossen, andererseits ist sie kindlicher und zurückgezogener. Sie kämpft darum, ihre Identität zu finden. Sie kritisiert traditionelle Anschauungen und bewundert den deutschen, freien Lebensstil, obwohl sie die Deutschen unfreundlich und intolerant findet. Sie fühle sich heimatlos und paßt sich aber auch nicht den deutschen Gewohnheiten an.

Ätiologisch handelt es sich um ein anankastisch depressiv-suizidales Syndrom mit Ängsten, Zwangsgedanken und -impulsen sowie somatischen Beschwerden.

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Depressive Neurose	300.4	2-3

Differentialdiagnose
Zwangsneurose

1.2. Übrige Fälle

Alter: 16 Jahre w Fall 45 Code-Nr. 0374

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	1	Deprimiert	1
Schlafstörungen	2-3	Ängstlich	2
Depression	1	Depressive Gedanken	2
Angst	2		
Phobie	2		

Exploration
melancholisches Mädchen; spielt mit den Fingern

Biographie
Als die Mutter vor 15 Jahren als Arbeiterin nach Deutschland ging, blieb sie beim Vater in einem griechischen Dorf zurück. Fünf Jahre später brachte sie der Vater zu den Großeltern nach Thessaloniki und ging ebenfalls nach Deutschland. Zwei Jahre später kam sie schließlich zu den Eltern nach. Der Vater sie streng und altmodisch. Ihr ständiges Problem mit ihm sei die Ausgangserlaubnis. Miter der Mutter und den Geschwistern verstehe sie sich besser. Sprachschwierigkeiten in deutsch. Häufiger Alkoholgenuß. Raucht 20 Zigaretten täglich.

Familiäre Erkrankungen
Vater Diabetes mellitus, Kopfschmerzen, Hypertonie.
Mutter Kopfschmerzen, vorbehandelt mit Transquillizern.

Somatische Anamnese
1978 Adnexitis

Psychische Anamnese
Enuresis bis zum 4. Lebensjahr; Dunkelängste bis heute. Vor vier Monaten zum 2. mal erfolgloser Suizidversuch mit 20 Analgetika aus Angst vor dem Vater.

Somatischer Status

Seit sechs Monaten mittelstarke Kopfschmerzen, vorbehandelt mit Aspirin.

Psychischer Status

Gelegentlich depressiv, suizidal und weinerlich wegen Ausgangsverbot. Prüfungs- und Autoritätsängste sowie massive Ängste vor dem strengen Vater. Sie wirkt gespannt, ängstlich, menschenscheu und grüblerisch. Klagt über Tierphobien, z. B. vor Schlangen, Spinnen und Bienen. Es besteht Dunkelangst die sich bis zur Panik steigern kann. Abends zweimalige Nachkontrolle, ob Türen und Fenster geschlossen sind und der Fernseher ausgeschaltet ist. Ein- bis zweimal monatlich Zwangsgedanken an das Begräbnis ihrer Großmutter.
Unentschlossenheit. Seit einem Monat wegen Liebeskummer zunehmende Ein- und Durchschlafstörungen, verbunden mit Alpträumen und Schreien. Primärpersönlich anankastisch und phobisch strukturiert.

Syndrom

Phobisches, anankastisches Syndrom mit psychogenen Kopfschmerzen und Schlafstörungen sowie Suizidalität.

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Angstneurose	300.0	2-2
Vor vier Monaten reaktive Depression	309.0	1-3

Alter: 15 Jahre w Fall 40 Code-Nr. 0514

A) **Subjektive Beurteilung**		B) **Objektive Beurteilung**	
Körperliche Symptome	3	Abwehrend	1
Müdigkeit	2	Demonstrativ	1
Schlafstörung	1	Deprimiert	1
Depression	1	Ängstlich	1
Angst	1	Depressive Gedanken	2
Phobie	2		

Exploration

Mißtrauisches und etwas zurückgezogenes, aber dabei demonstrativ wirkendes Mädchen.

Biographie

Sie sei in Deutschland geboren und lebte im Alter von 2-10 Jahren bei den Großeltern in Griechenland. Seit 1972 sind die Eltern geschieden.

Der Vater angeblich Trinker und brutal, lebe seit zwei Jahren mit einer Frau in Griechenland zusammen. Sie habe seit zwei Jahren keinen Kontakt mehr zu ihm. Ihre Beziehung zur Mutter, einer anankastisch strukturierten und anspruchsvollen Frau, sei gut. Die Mutter habe ein seit drei Jahren bestehendes Verhältnis zu einem griechischen Arbeiter. Gut Schulleistungen außer Mathematik.

Familiäre Erkrankungen
Großmutter väterlicherseits Ulcus duodeni; eine Tante mütterlicherseits psychiatrisch vorbehandelt; die Mutter leide an Schlafstörungen.

Somatische Anamnese: OB

Psychische Anamnese
Enuresis bis zum 10. Lebensjahr. Massive Dunkelängste bis zum 10. Lebensjahr. Vor einem jahr wegen Liebeskummer depressive Verstimmung.

Somatischer Status
Hypertonie und Druck- Völlegefühle im Leib, bei Schulschwierigkeiten und zuletzt bei der Aufnahmeprüfung für das Lyzeum. Täglich Ohnmachtsgefühle oder -anfälle, begleitet von Ohrensausen und Druckgefühlen im Kopf.

Psychischer Status
Der Affekt erschein eher melancholisch und sensitiv sowie etwas ängstlich. In der letzten Woche lustlos, gelegentlich hoffnungslos und niedergeschlagen wegen des Examens und wegen des Ausgangsverbots durch die Mutter. Es bestehen Schuldgefühle der Mutter gegenüber sowie Minderwertigkeitsgefühle. Sie sei angeblich unsympathisch, werde von allen abgelehnt und bringe nicht genügend Leistungen in der Schule; sie müsse aber immer im Mittelpunkt stehen; Schwierigkeiten könne sie nicht ertragen, verdränge diese lieber. Es besteht Claustophobie (im Lift), Ängste allein auszugehen und Dunkelheits- und Prüfungsängste. Primärpersönlichkeit sensitiv.

Syndrom
Depressives, phobisches Syndrom und Neigung zu somatisieren.

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Angstneurose	300.0	2-1
mit psychogenen Kreislaufstörungen	306.2	3-2

Diffferenzialdiagnose
Hysterische Neurose

Alter: 18 Jahre m Fall 37 Code-Nr. 0538

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	2	Abwehrend	2
Müdigkeit	2	Demonstrativ	2
Schlafstörung	1	Deprimiert	1
Depression	2	Ängstlich	2
Angst	2	Gehoben	1
Depersonalisation	1	Depressive Gedanken	3
Reizbarkeit	1		
Konzentrationsstörung	2		

Exploration
Schwierig zu explorieren. Melancholisch und kindlich wirkender Junge. Lacht häufig unpassend, erzählte Witze. Etwas gehoben, theatralisch und sehr demonstrativ. Spielt mit den Fingern, raucht und macht große pausen dabei, kann nicht stillsitzen.

Biographie
In Deutschland geboren und bei den Eltern, Arbeitern aus Athen, aufgewachsen. Als Kind begenete er den Eltern selten, meist nur zwischen Schule und Kindergarten. Mit 13 Jahren sei er erstmals nach München gekommen. Er konnte nicht gut griechisch sprechen. Er zog sich oft zurück und bummelte auf dem Land über die Felder. Bis heute nur oberflächliche Beziehungen. Die Beziehung zu den Eltern sei schlecht; zu den Geschwistern etwas besser. Die Eltern sollen altmodisch und streitsüchtig sein. Große Rechtschreibschwierigkeiten. Raucht 20 Zigaretten täglich.

Familiäre Erkrankungen
Vater Bandscheibenbeschwerden, Mutter arbeitsunfähig wegen chronischer Bronchitis.

Somatische Anamnese
Mit 10 Jahren Commotio cerebri.

Psychische Anamnese
Enuresis, Nägelkauen und Dunkelängste bis zum 7. - 8. Lebensjahr. Mit 16 Jahren erfolgloser Besuch bei einer Prostituierten. Seitdem Potenzängste

sowie Scheu gegenüber Frauen. Ferner Angst und innere Unruhe, Zittern vor Frauen. Seit einem Jahr habe er eine platonische Beziehung.

Somatischer Status

Manigfache, geringe körperliche Beschwerden, insbesonders Schluckbeschwerden, Schwitzen etc. Seit 4 - 5 Jahren zunehmende Kopfschmerzen, vorbehandelt mit Novalgin. Seit letzter Woche täglich Stiche in der Brust und saures Aufstoßen sowie Druckgefühle im KÖrper. Vor einer Woche kurz dauernder Sprachverlust (Aphonie).

Psychischer Status

Im Affekt erscheint er ambivalent, reizbar sowie gespannt, ängstlich und grübelnd, gelegentlich depressiv. Es bestehen Schuldgefühle den Eltern gegenüber und massive Minderwertigkeitsgefühle wegen Impotenz und sprachlichen Mängeln in griechisch. Antrieb etwas vermindert und häufige Träumerei mit Klagen über Müdigkeit und Schlafbedürfnis. Er fühle sich häufig durchsichtig, gespenstisch, gleichgültig und empfinde außerdem die böse und die gute "Aura" seiner Mitmenschen. Konzentration und Aufmerksamkeit deutlich beeinträchtigt.

Syndrom

Dysphorisches, ängstliches Syndrom mit manigfachen körperlichen Beschwerden, insbesondere Kopfschmerzen.

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Hysterische Neurose	300.1	2-2
Impotenz	302.9	3-3

Differenzialdiagnose

Angstneurose

Alter: 16 Jahre w Fall 36 Code-Nr. 040

A) Subjektive Beurteilung		**B) Objektive Beurteilung**	
Körperliche Symptome	2	Demonstrativ	1
Schlafstörung	3	Depriemiert	1
Depression	1	Ängstlich	2
Angst	1	Hypochondrie	1
Phobie	2	Depressive Gedanken	2
Zwang	1		
Reizbarkeit	1		

Konzentrationsstörung 2

Exploration

Freundliches, etwas demonstratives Mädchen. Feinschlägiger Tremor der Finger.

Biographie

Geboren in Dachau. Außer einem Zeitraum von drei Jahren, blieb sie bei ihren Eltern in Dachau. Eltern sind Arbeiter. Sehr streng und altmodisch erzogen. Beide Eltern, jedoch besonders die despotische Mutter, seien anspruchsvoll und ohne Verständnis für ihre Probleme. Bis vor einem jahr sei sie von den Eltern täglich geschlagen worden wegen ihrer Freundschaft mit "unmoralischen Mädchen". Vor vier Monaten Rückkehr ihre Freundes nach Griechenland.

Familiäre Erkrankungen: OB

Somatische Anamnese: OB

Psychische Anamnese

Enuresis bis zum 4. Lebensjahr und Bulimie, Nägelkauen bis zum 13. Lebensjahr. Vor einem Jahr depressive Verstimmung und Suizidgedanken wegen ihres Freundes und des Haßes ihrer Eltern gegenüber.

Somatischer Status

Seit einem Jahr abends im ganzen Körper Schmerzen. Gelegentlich multiple körperliche Beschwerden.

Psychischer Status

Sie ist gereizt und streitsüchtig sowie gelegentlich niedergeschlagen, hoffnungslos und weinerlich. Es bestehen Ängste vor der Schule oder vor der Rückkehr nach Hause mit körperlichen Beschwerden. Ausgeprägte Spinnenphobie; tägliche Tics in verschiedener Form und hypochondrische Befürchtungen krebskrank zu sein. Die Konzentration ist selbst beim Fernsehen beeinträchtigt. Seit einem Jahr massive Ein- und Durchschlafstörungen. Primärpersönlich anankastisch strukturiert.

Syndrom Phobisches, neurasthenisches Syndrom.

Diagnose	ICD Nr.	Grad
Neurasthenie	300.5	2-3
Phobie	300.2	2-2

Alter: 16 Jahre w Fall 66 Code-Nr. 0771

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	1	Deprimiert	1
Müdigkeit	1	Ängstlich	2
Depression	2	Demonstrativ	1
Angst	2	Hypochondrie	1
Phobie	2	Depressive Gedanken	1
Zwang	3		
Depersonalisation	2		
Reizbarkeit	2		
Konzentrationsstörung	1		

Exploration

Gut gelaunt wirkendes Mädchen.

Biographie

Mit ihrer Familie sei sie erst vor neun Jahren nach Deutschland gekommen. Der Vater, ein ehemaliger Bauer, seiein sehr dominierender und strenger Mann. Er arbeitet als Fahrer. Die Mutter, eine ergebene, ruhige Frau, sei arbeitslos. Sie selbst wurde sehr streng und altmodisch erzogen und vom Vater und Bruder verprügelt. Häufige Auseinandersetzungen der Eltern untereinander. Ihre Schulleistungen seien mäßig.

Familiäre Erkrankungen

Mutter Kopfschmerzen, nierenkrank, Onkel mütterlicherseits gelegentlich in nervenärztlicher Behandlung.

Somatische Anamnese: OB

Psychische Anamnese

Verspätetes Sprechen und Laufen, Enuresis bis zum 9. Lebensjahr, zeitweise Eßstörungen, Nägelkauen sowie Fingerlutschen und Dunkelängste in der Kindheit. Zwischen 5. und 6. Lebensjahr Zwangsgedanken über den Tod. Vor zwei Jahren wegen Trennung von ihrem Freund längere depressive Reaktion.

Somatischer Status

Rückenschmerzen seit vier Jahren.

Psychischer Status

Im Affekt wirkt sie mißlaunisch, lustlos, häufig niedergeschlagen sowie ängstlich, gespannt und innerlich unruhig wegen mangelhaften Verständnisses von seiten ihres Vaters. Es bestehen aggressive und autoaggressive Impulse. So z. B. "aus dem Fenster springen" sowie mittelgradige, verschiedene Phobien, wie Claustro-, Akro- und Tierphobien. Ferner Ängste vor Zugreifen, Existenzsorgen und Furcht davor, daß sie wahnsinnig sei. In der Dunkelheit Zwangsbefürchtungen, daß irgendjemand sie an den Füßen packen würde. Sie könne nur mit der Decke über dem Kopf schlafen. An Zwangssymptomen bestehen Kontroll-, Zähl-, Ordnungszwänge und Zwangshandlungen. Sie kontrolliere öfters nach, z. B. Geld, ihr Hausaufgaben und nachts das Licht etc.; addiere und substrahiere Buchstaben von Wörtern oder Gegenständen. Seit sechs Monaten wieder Auftreten von Zwangsgedanken über den Tod und dazu auch Wünsche nach dem Tod ihrer Mutter. Außerdem Klagen über déjà-vu und Entfremdungserlebnisse. Primärpersönlich erscheint sie phobisch und anankastisch strukturiert.

Syndrom

Phobisches, anankastisches Syndrom

Diagnose	ICD Nr.	Grad
Zwangsneurose	300.3	3-3

Alter: 16 J. m Fall 46 Code-Nr. 0780

A) Subjektive Beurteilung		**B) Objektive Beurteilung**	
Körperliche Symptome	3	Langsam	2
Müdigkeit	2	Abwehrend	2
Depression	3	Deprimiert	3
Angst	2	Ängstlich	2
Phobie	1	Hypochondrisch	1
Depersonalisation	2	Depressive Gedanken	3
Konzentrationsstörung	2		

Exploration

Depressiv und unsicher wirkender Junge mit hageren Gesichtszügen; kein Augenkontakt, aber Augenzucken. Er bewegt sich wenig, kaut auf den Fingernägeln, spricht langsam mit Pausen und versucht, seine Symptome zu verharmlosen.

Biographie
Er selbst sei in München geboren. Mit vier Jahren begann eine Odyssee zwischen München - Kilkis - Thessaloniki bzw. Eltern, Großeltern und einem unfreundlichen Onkel. Seit einem Jahr lebe er wieder bei den Eltern in München. Der Vater, ehemaliger Kellner, arbeite als Baggerführer; die Mutter sei Hausfrau. Die Beziehung zu den Eltern sei schlecht. Er liebe die Eltern nicht und halte die Großmutter für seine Mutter. Die Eltern würden seinen Bruder bevorzugen und ihm die Schuld an ihrer Emigration geben. Die schulische Leistung in Naturwissenschaften sei sehr gut, in den Sprachen dagegen schlecht. Er äußert zunehmende Kontaktschwierigkeiten. Er bleibe lieber allein um nicht von Freunden abhängig zu werden. Seinen einzigen Freund dürfe er nicht mehr treffen.

Familiäre Erkrankungen
Zurückhaltend gegebene Antworten. Mutter psychiatrisch vorbehandelt und ein Verwandter (Großmutter?) Suizidversuch.

Somatische Anamnese: OB

Psychische Anamnese
Zeitweise Appetitlosigkeit und bis heute Nägelkauen. Vor einem Jahr in Thessaloniki psychiatrisch behandelt. Vor zwei Jahren Suizidversuch mit Rasiermesser.

Somatischer Status
Seit einem Jahr Schwindelgefühl und Kopfschmerzen, begleitet von Übelkeit und kaltem Schwitzen, behandelt mit Aspirin. Mehrfache körperliche Beschwerden wie Tachykardie, Schmerzen in der Brust und im Knie sowie saures Aufstoßen.

Psychischer Status
Er neige leicht zu Depressionen, Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit und Ängstlichkeit. Der interpersonale Kontakt ist schlecht. Klagt über innere Unruhe, Grübeln, Freudlosigkeit, Lustlosigkeit sowie Schuldgefühle den Eltern gegenüber. Er habe Heimweh. Er fühle sich minderwertig, lächerlich und ungeliebt und er sei von den Menschen tief enttäuscht. Latente Suizidalität. Es bestehen Existenz-, Prüfungs- und Schulängste mit Tachykardie; hypochondrische Ängste vor Herz- und Krebserkrankungen. Manchmal erscheine ihm das Klassenzimmer verschmutzt von menschlichem Unrecht, unwirklich wie in einem Alptraum und so hell,

daß er Augenschmerzen bekomme. Er fühle gleichzeitig Schreck und Freude. Die Konzentration und das Gedächtnis sind beeinträchtigt. Verminderter Antrieb. Deutliche Vitalstörung und Klagen über Müdigkeit, Schwäche in den Gliedern, Appetitlosigkeit und Neigung zu somatisieren. Primärpersönlichkeit erscheint der Proband depressiv und schizoid.

Syndrom

Ängstliches, depressives Syndrom mit psychogenen Kopfschmerzen, Neigung zu somatisieren und Depersonalisationserscheinungen.

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Depressive Neurose	300.4	3-3
Psychogene Kopfschmerzen	307.8	2-2

Alter: 14 Jahre Rena w Fall 29 Code-Nr. 0361

A) Subjektive Beurteilung		**B) Objektive Beurteilung**	
Körperliche Symptome	1-2	Deprimiert	2
Depression	3	Depressive Gedanken	1
Konzentrationsstörung	1	Abwehrend	1
Reizbarkeit	1		

Exploration

14-jähriges, ruhiges Mädchen, ziemlich melancholisch und etwas mißtrauisch.

Biographie

Ihre Eltern waren ehemals Bauern. Vor 18 Jahren verließ der Vater Griechenland, um als einfacher Arbeiter Glück in Deutschland zu finden, zwei Jahre später folgte die Mutter.

nach ihrer Geburt in Deutschland brachten sie ihre Eltern nach Griechenland zu den Großeltern, wo sie bis zum 7. Lebensjahr blieb. Bei den Großeltern habe sie sich, trotz ihrer Sehnsucht nach ihrer Mutter, wohlgefühlt. Die Großeltern hätten immer all ihre Wünsche erfüllt. Allerdings habe sie in dieser Zeit bis zum Alter von 6 Jahren häufig eingenäßt, wobei diese Symptomatik nur bei der Nachricht der Rückkehr der Mutter nach Griechenland ausgelöst wurde. Sie berichtet, daßnoch bis vor 4 Jahren eine starke Appetitlosigkeit bestanden hätte. In Deutschland habe sie große Angst vor ihrem depressiven Vater gehabt. Sie habe sich zusätzlich wegen ihrer Familie und wegen ihrer Schulleistungen große Sorgen gemacht. Sie seien häufig umgezogen und deswegen

habe sie eine Klasse wiederholen müssen. Sie habe sich an die jeweils neue Situation nicht recht angleichen können und habe diese als Kränkung empfunden und sich nach ihren Großeltern und nach Griechenland gesehnt. Ihre Eltern beschreibt sie als konservativ, streng und anspruchsvoll. Sie sei häufig von ihnen geschlagen worden, durfte nicht oft ausgehen und durfte sich auch ihre Kleidung nicht allein aussuchen. Ihren Vater empfinde sie als Freund, sei aber sehr scheu und zurückhaltend ihm gegenüber. Die Beziehung zu den Eltern, besonders zum Vater, sei schlecht. Wegen der depressiven Erkrankung des Vaters und wegen Meinungsverschiedenheiten gebe es ständig Auseinandersetzungen. Mit ihrem 9-jährigen Bruder verstehe sie sich recht gut.

Familiäre Erkrankungen
Seit langem leide ihr Vater an einer somatisierten Depression mit ausgeprägten Kopfschmerzen. Er sei deswegen mehrmals stationär in München behandelt worden. Jetzt sei er Alkoholiker.

Somatische Anamnese
Keine nennenswerten Erkrankungen.
1975 Appendektomie.

Psychische Anamnese
Auf ihre Rückkehr anch Deutschland, im Jahre 1973, habe sie mit massiven Ängsten und depressiven Verstimmungen reagiert. Seitdem sei sie in ständiger Sorge um ihre Familie und melancholisch. Sie berichtet von einem Suizidversuch mit Tabletten vor einem Jahr. Sie begründet dies damit, daß sie ihr Leben satt habe und mit der schlechten Beziehung zu den Eltern.

Momentane Beschwerden
Im Affekt depressiv, lustlos und mißlaunisch. Sie fühle sich von de Eltern überfordert und unterdrückt. Sie denke mit Trauer an ihre Großeltern und ihre Heimat zurück. Von dieser Stimmung könne sie kaum loskommen, sei deshalb häufig hoffnungslos und denke an Selbstmord.
Sie fühle sich minderwertig, zu nichts fähig. Sie sei pessimistisch, außerdem leicht gereizt, aggressiv und unkonzentriert. Sie habe aggressive Zustände und zerstöre dann ihre Hefte und ihr Spielzeug.
Es bestehen seit einem Jahr 2-3mal wöchentlich Kopfschmerzen mit Augenbrennen oder gelegentich Schwindelgefühle, besonders nach Auseinandersetzungen mit ihren Eltern. Sie klagt ferner über Stiche in der Brust

und Rückenschmerzen. Es bestehen auch zeitweise Tachzkardie, Schwitzen und Überempfindlichkeit gegen Wärme. Diese Symptomatik sei in der letzten Woche zurückgegangen. Sie habe nur einmal innerhalb einer Woche an Kopfschmerzen gelitten.
Ätiologisch handelt es sich um ein depressives, suizidales Syndrom mit Neigung zu somatisieren.

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Depressive Neurose	300.4	2-3

Alter: 16 J. m Fall 53 Code-Nr. 089

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	1	Demonstrativ	1
Müdigkeit	2	Deprimiert	3
Depression	3	Ängstlich	3
Angst	2	Depressive Gedanken	3
Reizbarkeit	2		

Exploration
Freundlicher, aber melancholischer, unruhig sowie etwas demonstrativ wirkender Junge. Hat Tränen in den Augen. Kann nicht stillsitzen. Feinschlägiger Tremor der Finger. Ständiges Rauchen.

Biographie
Sehr schlechte Erfahrungen aus der Kindheit. Außerehelicher Sohn einer seit neun Jahren in Deutschland lebenden Arbeiterin; lebte bis zum sechsten Lebensjahr in einem Waisenhaus. Nach der Adoption durch den Ehemann seiner Mutter kam er erst vor drei Jahren zu der Mutter nach Deutschland. Seine Erwartungen nach Liebe seien von der Mutter wieder nicht erfüllt worden. Er fühle sich immer noch ungeliebt und beneide die anderen Kinder mit normalen Familienverhältnissen. Die Eltern streiten sich sehr häufig und ließen ihm keine Freiheit. Er liebe nur seinen 12-jährigen Bruder und wünsche, sich an den Eltern zu rächen.
Er ist menschenscheu. In Griechenland sei er immer der beste Schüler gewesen. Seine Schulleistungen hätten sich in Deutschland deutlich verschlechtert.

Familiäre Erkrankungen
Mutter Gastritis und psychogene Anfälle.

Somatische Anamnese

Commotio cerebri - zweimal stationäre Behandlung in einer HNO-Klinik im letzten Jahr.

Psychische Anamnese

Nägelkauen; Suizidversuch mit Messer vor zwei Monaten wegen Hoffnungslosigkeit.

Somatischer Status

Täglich Schwindelgefühle beim Beugen oder vom Liegen zum Aufstehen, begleitet von Ohrensausen. Seit 1 1/2 Jahren einmal monatlich starke Kopfschmerzen. Häufig Schmerzen im ganzen Körper sowie Zittern und Tachykardie.

Psychischer Status

Er neige zu Depressionen, Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit sowie Ängstlichkeit und Reizbarkeit. Ständige Grübelei über seine Familie. Er fühle sich wegen dieser sehr minderwertig. Es bestehen Prüfungs- und Autoritätsängste, begleitet von Zittern und Black-out. Latente Suizidalität. Vitalstörungen und Klagen über Müdigkeit sowie Schwäche in den Gliedern und Neigung zu somatisieren. Primärpersönlich erscheint der Proband sensitiv.

Syndrom

Ängstlich depressives und suizidales Syndrom.

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Depressive Neurose	300.4	2-3

Alter: 15 J. m Fall 51 Code-Nr. 0372

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Depression	2	Verlangsamt	2
Angst	2	Abwehrend	1
Zwang	1	Deprimiert	2
Reizbarkeit	2	Ängstlich	1
Konzentrationsstörung	2	Depressive Gedanken	2

Exploration

Depressiv und zurückgezogen wirkender leptosomer Junge; etwas mißtrauisch, spricht verlangsamt.

Biographie
In Deutschland geboren und bis zum sechsten Lebensjahr bei den Großeltern in Griechenland aufgewachsen. Später sei er zu den Eltern nach Deutschland gekommen. Die Beziehung zu den Eltern, beide Arbeiter, und zu seiner jüngeren Schwester, die er beneide, recht herzlich. Sehr streng erzogen.
Lernschwierigkeiten und mangelnder Kontakt zu den Mitschülern.

Familiäre Erkrankungen: OB

Somatische Anamnese: OB

Psychische Anamnese
Enuresis in der Kindheit, Augenzucken bis heute und Dunkelängste. Vor einem Jahr Suizidversuch, weil er von seinen Mitschülern wegen seiner Magerkeit verspottet wurde.

Somatischer Status
Leicht anämisch, überempfindlich.

Psychischer Status
Im Affekt wirkt er depressiv, grundlos ängstlich sowie häufig niedergeschlagen. Starke Schuldgefühle den Eltern gegenüber. Große Sorgen wegen finanzieller Schwierigkeiten seiner Familie wegen seiner Schulschwierigkeiten. Bei psychisch belastenden Situationen Stottern. Antrieb leicht vermindert. Klagen über Reizbarkeit, Appetitverlust und Heimweh. Konzentration und Aufmerksamkeit beeinträchtigt. Primärpersönlich sensitiv und anankastisch strukturiert.

Syndrom
Depressives Syndrom bei anankastischer Persönlichkeit.

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Depressive Neurose	300.4	2-2
Eßstörungen	307.5	2-2

Alter: 18 J. m Fall 56 Code-Nr. 0546

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	1	Verlangsamt	1
Müdigkeit	2	Abwehrend	3
Depression	1	Ängstlich	2
Angst	1	Deprimiert	2
Reizbarkeit	2	Depressive Gedanken	1
Zwangssymptome	1		
Konzentrationsstörung	1		

Exploration

Sehr mißtrauischer, gereizter und unsicher wirkender Junge. Vermeidet weitere inhaltliche Beschwerden; antwortet folgendermaßen: "wahrscheinlich, ein wenig", "Ich meine nicht" oder "Ich habe keine Ahnung" oder "Bin ich krank?".

Hagere Gesichtszüge, kein Augenkontakt, gespannte Körperhaltung. Spielt mit seinem Bleistift und spricht leise mit Pausen.

Biographie

Im Alter von vier Jahren übergaben ihn die Eltern den Großeltern und gingen als Arbeiter nach Deutschland.

Mit sieben Jahren begannen wechselnde Aufenthalte. Ein Jahr lebte er bei den Großeltern, ein Jahr bei den Eltern. Er wurde sehr streng und altmodisch erzogen. Besonders zum Vater besteht eine schlechte Beziehung. In letzter Zeit Verschlechterung seiner Schulleistungen. Raucht 20-25 Zigaretten täglich.

Familiäre Erkrankungen

Mutter nervenärtzlich behandelt wegen Kopfschmerzen; Großvater Asthma bronchiale, magenkrank; ein Onkel depressiv.

Somatische Anamnese: OB

Psychische Anamnese

Enuresis bis zum 13. Lebensjahr, Nägelkauen bis heute. Vor drei Jahren Suizidversuch, vor vier Monaten wegen Trennung von der Freundin depressive Verstimmung.

Somatischer Status

Kopfschmerzen seit zwei Jahren, verschiedene kleine Beschwerden, u. a. Stiche in der Brust.

Psychischer Status

Im Affekt gelegentlich lustlos, depressiv sowie ängstlich gespannt und sehr reizbar. Neigung zu Temperamentsausbrüchen.
An Zwangssymptomen bestehen nicht näher beschriebene Zwangsgedanken und zwanghafte Ordnung. Vitalstörungen seit drei Jahren mit Müdigkeit, Schwäche in den Gliedern und Appetitverlust. Antrieb leicht vermindert. Primärpersönlich erscheint er sensitiv und anankastisch strukturiert. Leidet an laviertem Minderwertigkeitsgefühl.

Syndrom

Ängstliches, depressiv-anankastisches Syndrom mit Vitalstörungen.

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Depressive Neurose	300.4	1-2
mit Angstzuständen bei anankastischer Persönlichkeit		

Alter: 18 Jahre w Fall 52 Code-Nr. 0485

A) Subjektive Beurteilung		**B) Objektive Beurteilung**	
Depression	2	Demonstrativ	2
Angst	1	Deprimiert	1
Phobie	1	Ängstlich	2
Reizbarkeit	2	Gehoben	1
		Hypochondrie	2
		Depressive Gedanken	1

Exploration

Demonstrativ und theatralisch wirkendes freundliches Mädchen in gehobener Stimmung.

Biographie

Im Alter von sechs Monaten brachte ihre Mutter sie zu über 20 Jahre älteren Geschwistern und zog selbst zum Vater nach Deutschland. Rückkehr der Mutter zu ihren Kindern 2 Jahre später. Die Restfamilie kam vor 9 Jahren endgültig zu dem Vater nach Deutschland. Die Beziehung zur Mutter ist indifferent, zum Vater und den Geschwistern besser. Schulleistungen mässig.

Familiäre Erkrankungen

Mutter Schlafstörungen und psychogenes Erbrechen.
Eine Cousine mütterlicherseits Suizidversuch.

Somatische Anamnese: OB

Psychische Anamnese:
Enuresis und Eßstörungen im Kindesalter. Vor zwei Jahren wegen Auseinandersetzung mit ihren Geschwistern Suizidversuch durch Aufschneiden der Pulsadern und vor einem Jahr ein weiterer Selbstmordversuch mit Tabletten, von der Mutter verhindert.

Somatischer Status
Kopfschmerzen 1-2 mal monatlich seit einem Jahr; nervenärztlich u. mit Schmerzmitteln behandelt. Seit einer Woche frei von Kopfschmerzen. Struma, behandelt mit Jod.

Psychischer Status
Affekt sehr labil. Bezeichnet sich selbst als "zyklothym". Klagen über meist grundlose plötzliche Stimmungsschwankungen zwischen Extremen bzw. zwischen Depression und Euphorie. In den letzten zwei Wochen weinerlich, depressiv und zurückgezogen mit plötzlichen euphorischen Intervallen von einem Tag bis zu einigen Wochen. Auch stimmungsabhängige Minderwertigkeits- und Schuldgefühle sowie Suizidgedanken. Klagen über Angst vor Schule, Claustophobie (im Lift oder in der U-Bahn Kurzathmigkeitszustände), Akrophobie sowie Schlangenphobie und Dunkelängste. Außerdem hypochondrische Ängste krebskrank zu sein, deswegen seit 2 Jahren zweimal monatlich beim Hausarzt. Neigung zu Temperamentsausbrüchen und Reizbarkeit. Appetit und Sexualtrieb vermindert. Primärpersönlich zyklothym.

Syndrom
Phobisches, depressives und hypochondrisches Syndrom bei thymopathischer Persönlichkeit.

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Depressive Neurose bei zyklothymer Persönlichkeit	300.4	1-2

Alter: 20 Jahre m Fall 47 Code-Nr. 0605

A) Subjektive Beurteilung		**B) Objektive Beurteilung**	
Müdigkeit	1	Langsam	1
Depression	2	Deprimiert	2
Angst	2	Ängstlich	2
Phobie	1	Depressive Gedanken	2

Reizbarkeit	1
Konzentrationsstörung	1

Exploration
Kindlich und asthenisch wirkender sehr zurückgezogener und abgemagerter Junge. Spricht leise und langsam. Augenzucken.

Biographie
Seit 17 Jahren seien die Eltern geschieden. Im Alter von vier Jahren brachte ihn die Mutter zur Großmutter und ging nach Deutschland, wo sie als Putzfrau arbeite. Zwei Jahre später kam er zur Mutter nach. Der Vater, ein lebenslustiger, aber fauler Mensch, sorge nicht für seine Familie. Die Mutter sei dagegen sehr fleißig, aber streng sowie sehr moralisch und konservativ. Seine Beziehung zur Mutter sei gut, zu den über 10 Jahre älteren Geschwistern nicht besonders herzlich.
In Griechenland wegen Schwierigkeiten mit seiner Lehrerin häufiges Schulschwänzen. Rückkehr zur Schule oft nur durch Polizei.
Er mag Kinder und möchte Sozialpädagogik studieren. Praktikum bei behinderten Kindern, dabei auch sehr engagiert.

Familiäre Erkrankungen
Großvater väterlicherseits Alkoholmißbrauch, Vater ebenso, sowie Leber- und Magenkrank; Mutter Hypertonie.

Somatische Anamnese Frühgeburt; chronische Bronchitis

Psychische Anamnese
Nägelkauen; massive Eßstörungen und deshalb im Alter von 4 und 10 Jahren stationär behandelt.

Somatischer Status: OB

Psychischer Status
Im Affekt eher melancholisch, mißmutig sowie grundlos ängstlich wegen großer Sorgen um seine Familie und seines Berufs. Er erscheint grüblerisch, sensitiv, reizbar und gelegentlich niedergeschlagen.
Er fühle sich sehr minderwertig wegen seiner Familie, seiner Dummheit und Selbstunsicherheit. Klagt über ständige Freudlosigkeit, Lustlosigkeit sowie starke Schuldgefühle der Mutter gegenüber.
Es bestehen Prüfungs- und Autoritätsängste begleitet von Stottern,

Schlangen- und Hundephobie. Frauen gegenüber sehr scheu. Im Antrieb leicht vermindert, manchmal sehr zerstreut. Bezeichnet sich als überempfindlich und passiv.

Syndrom:
Depressives, ängstliches Syndrom bei asthenischer Persönlichkeit.

Diagnose	ICD-Nr.	Code
Depressive Neurose bei asthenischer Persönlichkeit	300.4	1-2

Differenzialdiagnose
Psychasthenie

Alter: 20 Jahre w Fall 43 Code-Nr. 0451

A) **Subjektive Beurteilung**		B) **Objektive Beurteilung**	
Körperliche Symptome	2	Abwehrend	2
Müdigkeit	1	Deprimiert	1
Schlafstörung	2	Ängstlich	2
Depression	1	Depressive Gedanken	1
Angst	1		
Phobie	1		
Zwang	1		
Konzentrationsstörung	1		

Exploration
Zurückgezogenes und sehr abwehrendes, innerlich unruhiges Mädchen, das nicht alle Fragen beantwortet. Sie spricht schnell und nervös, raucht gleichzeitig und kann nicht still sitzen.

Biographie
Sie lebte bis zum 12. Lebensjahr bei den Eltern in einem griechischen Dorf. 1972 kamen die Eltern als Arbeiter nach Deutschland. Nachdem sie fünf Jahre allein in einer griechischen Kleinstadt das Gymnasium besuchte, kam sie vor drei Jahren zu den Eltern nach Deutschland. Der Vater war für sie immer eine Fremder und dabei streng und altmodisch. Keiner von beiden habe Interesse für den Anderen. Die Mutter sei passiv und unterwürfig; zu den Geschwistern bestehe eine bessere Beziehung. Schulleistungen schlecht.

Familiäre Erkrankungen
Vater angeblich Alkoholmißbrauch.

Somatische Anamnese: OB

Psychische Anamnese
Nägelkauen, zeitweise Appetitverlust. Vor einem Jahr ein ängstlich-depressives Syndrom wegen Schwierigkeiten mit ihrer Aufenthaltserlaubnis. Mit Valium vorbehandelt. Sie ertrage es nicht mehr, von den Eltern getrennt zu leben.

Somatischer Status
Seit ihrem Aufenthalt in der BRD Klagen über Rückenschmerzen und Ischias. Verschiedene geringe Beschwerden, wie Schmerzen in der Brust, Tachykardie, Kopfschmerzen etc.

Psychischer Status
Im Affekt ist sie eher mißlaunisch, angespannt sowie ohne Interesse. Sie ist über ihre Familie und die Schule sehr besorgt. Es bestehen Schul- und Dunkelängste. Als Vitalstörung imponiert eine abnehmende Ein- und Durchschlafstörung sowie Müdigkeit und Inappetenz. Häufige Träumerei. Primärpersönlich erscheint sie anankastisch strukturiert.

Syndrom
Neurasthenisches Syndrom mit psychogenen Rückenschmerzen.

Diagnose	ICD Nr.	Grad
Neurasthenie	300.5	1-2
Psychogene Rückenschmerzen	300.7	2-3
Vor einem Jahr depressive Reaktion	309.1	2-3

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Depression	1	Abwehrend	3
Angst	2	Deprimiert	2
Reizbarkeit	1	Ängstlich	2

Konzentrationsstörung 1 Depressive Gedanken 2

Exploration
Die Familie leugnete mögliche Erkrankungen der Probandin. Die Probandin ließ sich unter dem Druck des Vaters interwieven.

Biographie
Mit sechs Jahren kam sie zu den Eltern nach Berlin. 1974 Heimkehr ihrer Familie wegen Depression des Vaters und Eheschwierigkeiten. 1976 Rückkehr nach München.
Mutter Pelzarbeiterin, Vater arbeitslos. Ihre Beziehung zur Mutter und den Schwestern sehr gut, zum Vater schlecht. Menschenscheu, besonders Männern gegenüber. Schulleistungen schlecht.

Erkrankungen in der Familie
Vater seit 15 Jahren end. Depression, stationär behandelt in München. Mutter Kopfschmerzen, Mutter und Schwester Nachtwandler; Großmutter väterlicherseits Tbc und vor 15 Jahren Suizid.

Somatischer Status OB

Psychische Anamnese
Fettsucht, vor einem Jahr depressive Verstimmung wegen familiärer Unstimmigkeit.

Psychischer Status
Die Stimmung erscheint subdepressiv, ängstlich und innerlich unruhig, gelegentlich niedergeschlagen. Es bestehen Insuffizienz und Minderwertigkeitsgefühle: "Sie sei zu dick und unsympathisch". Seit vier Jahren Sorgen wegen der Krankheit des Vaters und über ihre Zukunft. Klagen über Prüfungs- und Autoritätsängste begleitet von Tachykardie. Die Primärpersönlichkeit erscheint geprägt durch Zurückgezogenheit, Schwäche und Sensitivität.

Syndrom Ängstliches, depressives Syndrom.

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Spezifische emotionale Störung des Jugendalters mit Empfindsamkeit, Scheu und Abkapselung	313.2	2-2

Differenzialdiagnose Depressive Neurose.

Fall 24 (17 w) Code Nr. 0430

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Sympome	1	Gehoben	1
Müdigkeit	2	Deprimiert	1
Depression	2	Ängstlich	2
Angst	2		
Phobien	1		
Reizbarkeit	2		
Konzentrationsstörung	1		

Bemerkung: Waise seit 1. Lebensjahr. Kam vor 3 Jahren nach München. Familiäre Schwierigkeiten.

Syndrom: ängstlich-depressives Syndrom mit Somatisierungstendenzen

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
Depressive Neurose	300.4	2	2

Fall 35 (15 w) Code Nr. 0061

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Sympome	2	Langsam	2
Müdigkeit	2	Abwehrend	2
Depression	1	Demonstrativ	1
Angst	1	Ängstlich	2
Konzentrationsstörung	2	Depressive Gedanken	2

Bemerkung: Probandin in der BRD geboren und streng erzogen.

Syndrom: Ängstliches und neurasthenisches Syndrom mit psychosomatischen Hautveränderungen

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
Neurasthenie	300.5	2	2
Körperliche Funktionsstörungen, psych. Ursprungs	306.3	2	2

Fall 62 (14 w) Code Nr. 0660

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Sympome	1	Deprimiert	1
Angst	1	Ängstlich	1
Phobien	1	Hypochondrie	2
Zwang	1		

Bemerkung: seit dem 7. Lebensjahr in Deutschland.

Syndrom: Hypochondrisches Syndrom bei phobisch-anankastischen Primärpersönlichkeit

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
Hypochondrische Neurose	300.7	1	1

Fall 67 (15 w) Code Nr. 0023

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Schlafstörung	2	Deprimiert	1
Depression	1	Ängstlich	1
Angst	1		
Phobien	1		

Bemerkung: in Deutschland geboren

Syndrom: Dysphorisches Syndrom

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
Spezifische Schlafstörung	307.4	2	1

Fall 63 (15 w) Code Nr. 0015

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Schlafstörung	2	Ängstlich	1
Depression	1	Depressive Gedanken	1
Angst	1		
Phobien	1		

Bemerkung: in Deutschland geboren

Syndrom: Dysphorisches Syndrom bei sensitiver Primärpersönlichkeit

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
spezifische Schlafstörung	307.4	2	0

[illegible]			
Depression	1	Ängstlich	
Angst	1		

Bemerkung: im 2. Lebensjahr nach Deutschland gekommen

Syndrom: ängstliches Syndrom

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
Spezifische Schlafstörung	307.4	2	2
Psych. Funktionsstörungen des Magens	306.4	1	1

Fall 32 (17 w) Code Nr. 0551

A) **Subjektive Beurteilung**		B) **Objektive Beurteilung**	
Körperliche Sympome	2	Demonstrativ	1
Depression	1	Deprimiert	1
Angst	1	Ängstlich	2

Bemerkung: Vor 10 Jahren nach Deutschland gekommen. Mit 13 Jahren unglückliche Partnerbeziehung. Zwei Suizidversuche

Syndrom: ängstlich-depressives Syndrom mit somatisierten Beschwerden bei asthenischer Primärpersönlichkeit

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
Psychalgie	307.8	2	2
Asthenische Persönlichkeit	301.6	1	1

Fall 23 (16 w) Code Nr. 0641

A) **Subjektive Beurteilung**		B) **Objektive Beurteilung**	
Körperliche Sympome	1	Abwehrend	1
Müdigkeit	1	Deprimiert	1
Depression	1	Ängstlich	2
Angst	1	Depressive Gedanken	1
Phobien	1		
Reizbarkeit	1		

Bemerkung: im Alter von 7 Jahren in die BRD, damals Anpassungsschwierigkeiten

Syndrom: Jetzt unaffällig vor einem Jahr depressive Reaktion

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
(Falsch - negativer Fall)			

Fall 13 (m) Code Nr. 0329

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Müdigkeit	3	Langsam	1
Zwang	1	Abwehrend	1
Konzentrationsstörung	1	Deprimiert	1
		Gestörte Intelligenz	1
		Hypochondrie	

Bemerkung: bis zum 7. Lebensjahr bei den Großeltern in Griechenland.

Syndrom: hypochondrisches und antriebsgestörtes Syndrom bei ananka-stisch strukturierter Persönlichkeit

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
Hypochondrische Neurose (falsch, negativ Fall)	300.7	1	1

Fall 20 ( ) Code Nr. 0690

A) Subjektive Beurteilung	B) Objektive Beurteilung	
	Abwehrend	2
	Demonstrativ	2
	Deprimiert	1

Bemerkung: sehr hohe Werte bei der Sceening-Untersuchung. Mißtrauisches Verhalten beim Interview

Syndrom: unauffällig - hysterisch - strukturierte Persönlichkeit

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
(Falsch positiver Fall)			

Fall 25 (14 w) Code Nr. 0145

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Sympome	2	Deprimiert	1
Schlafstörung	1	Ängstlich	1
Depression	1	Gestörte Intelligenz	1
Angst	2	Hypochondrie	1
Reizbarkeit	1	Depressive Gedanken	2
Konzentrationsstörung	1		
Depersonalisation	1		

Bemerkung: im Alter von 10 Jahren erst in die BRD. Damals Anpassungsschwierigkeiten. Streng erzogen. Vor 6 Monaten Suizidversuch

Syndrom: ängstliches-affektlabiles Syndrom mit Somatisierungsneigung

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
Reaktive Depression	309.1	1	2
Psychalgie	307.8	2	1

Fall 48 (14 w) Code Nr. 0017

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Sympome	2	Abwehrend	1
Müdigkeit	1	Demonstrativ	1
Depression	1	Ängstlich	1
Angst	2	Depressive Gedanken	2

Bemerkung:

Syndrom: Ängstliches Syndrom mit psychogenen Kopfschmerzen. Somatisierungstendenz

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
Emotionale Störungen des Jugendalters mit Beziehungsschwierigkeiten	313.3	1	1
Psychogene Kopfschmerzen	307.8	1	1

Fall 27 (16 m) Code Nr. 0349

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Sympome	1	Deprimiert	2
Müdigkeit	1	Ängstlich	1
Depression	2	Hypochondrie	1
Angst	1	Depressive Gedanken	1
Phobien	1		

Bemerkung: im Alter von 7 Jahren nach Deutschland gekommen. Streng erzogen. Vor 1 Jahr Suizidversuch

Syndrom: depressives Syndrom mit Stottern und Somatisierungsneigung bei phobisch strukturierter Primärpersönlichkeit

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
spezifische emotinale Störungen des Jugendalters mit Niedergeschlagenheit	313.1	2	3

Sprachstörungen	315.3	1	1

7 übrige Fälle und ihre Diagnosen, die nicht in der Computerauswertung enthalten

Fall/Code	Geschl.	Alter	Diagnose	ICD Nr.	Schweregrad
31 / 0130	w	15 J.	Neurose	300.9	1 - 2
30 / 0552	w	16 J.	Psychogene Reaktion	309.1	1 - 1
				307.8	1 - 1
41 / 0384	w	17 J.	Psychogene Reaktion	309.1	2 - 1
26 / 0109	w	17 J.	Psychogene Reaktion	309.1	1 - 1
				307.9	1 - 1
39 / 0110	w	15 J.	Spez. emotionale Störungen	313.1	2 - 1
38 / 0108	w	14 J.	" "	313.1	2 - 2
34 / 0651	w	18 J.	Andere	301.5	1 - 2
				307.8	3 - 3

26 weitere Probanten mit GOLD-Gesamtscore weniger als 60 Punkte (10 weibliche + 16 männliche Probanten)

Die folgenden Probanten außer einem waren beim Interview unauffällig: 1/0050 , 2/065, 3/028, 4/059, 5/504, 6/011, 7/016, 8/006, 9/0201, 10/0666, 11/0192, 12/0313, 13/0225, 14/0001, 15/0672, 16/0010, 17/0056, 18/0324, 19/0326, 21/0336, 22/0039, 58/0508, 59/0224, 60/0206, 61/0090

2. Fallbeschreibungen der Probanden in Veria

Alter: 17 J. w Fall 95 Code-Nr. 2683

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	3	Langsam	1
Müdigkeit	2	Abwehrend	1
Schlafstörung	1	Deprimiert	2
Depression	1	Ängstlich	3
Angst	3	Hypochondrisch	2
Phobie	2	Depressive Gedanken	2
Reizbarkeit	2		
Konzentrationsstörung	1		
Zwang	3		

Exploration

Im Ausdrucksverhalten und Mimik depressiv und unruhig wirkendes Mädchen. Hängende Gesichtszüge, Augenfaszikulationen, in den Beinen Unruhe. Spricht langsam und leise und spielt mit den Fingern.

Biographie

Die Eltern, Großgrundbesitzer, haben höhere Schulbildung. Sie streiten sich häufig untereinander. Der Vater sei ein sehr autoritärer und strenger Moralist. Die Beziehung zu Vater und Mutter wird als sehr gut bezeichnet, die zum Bruder als mäßig. Seit eineinhalb Jahren sei sie mit einem griechischen Studenten befreundet. Mäßige Schulleistungen.

Familiäre Erkrankungen

Vater Rückenschmerzen; Mutter Anämie, Schlafstörungen und Kopfschmerzen, mit Tranquilizern behandelt; Tante väterlicherseits Suizidversuch.

Somatische Anamnese: OB

Psychische Anamnese

In der Kindheit Enuresis; Eßstörungen, diese wurden mit Vitaminen behandelt. Ferner Nägelkauen und Tics bis heute. Bis vor einem Jahr Einschlafstörungen.

Somatischer Status

Bronchitis, tägliche Migräne, diese mit Tranquilizern behandelt. Seit zwei Jahren bei psychischen Belastungen Episoden von Kurzatmigkeit und Zittern. Außerdem öfter verschiedene kleine Beschwerden, z.B. Kloßgefühle, Schluckbeschwerden, Übelkeit, Tachykardie, Schulterschmerzen.

Psychischer Status

Im Affekt gelegentlich depressiv, lustlos und desinteressiert sowie sehr ängstlich, besorgt, innerlich und psychomotorisch unruhig. Klagen über Hoffnungslosigkeit, Pessimismus und Suizidgedanken sowie Schuldgefühle den Eltern gegenüber und Minderwertigkeitsgefühle in Bezug auf ihr Aussehen, z. B. zu dick zu sein (obwohl sie schlank ist). Häufig ziehe sie sich zurück, bleibe untätig und weine. Als Gründe für ihre Verstimmung gibt sie die Überforderung in der Schule und die Auseinandersetzung mit ihrer Familie sowie ihre unsichere Zukunft an. Es bestehen autoaggressive Syptome, wie z. B. sich zu stechen und aggressive Handlungen (z. B. Zerstörung von fremden Gegenständen, kleine Diebstähle etc., wodurch ihre Familie Schwierigkeiten mit der Polizei bekommen habe). Klagen auch über Autoritätsängste. Bei psychischen Belastungen (z. B. Aufregung in der Schule) Stottern, Erröten, Herzklopfen und Zittern. Sie leide unter zahlreichen kleinen Phobien (z. B. Angst allein auszugehen, Dunkelheitsängste, Ängste vor Spinnen und Mäusen etc.). Sie betrete keine Treppe ohne Geländer. Vermeide auch große Ansammlungen von Menschen. Sie äußert hypochondrische Ängste, z.B. krebskrank zu sein und deswegen besuche sie sehr häufig ihren Hausarzt. Sie verabscheue schmutzige Dinge und Staub. Klagt über panische Angst, daß die Nase durch Staub verstopft werde. Es bestehen Zwangssymptome, Ordnunszwänge, Waschzwänge (bis 20mal täglich wegen des Staubs) und Kontrollängste (z. B. 4 mal täglich Wäsche waschen). Als Vitalstörung imponiert Müdigkeit, Mattigkeit und Schwäche in den Gliedern.

Syndrom

Ängstliches, hypochondrisches und phobisches Syndrom bei anankastischer Persönlichkeit, begleitet von einer Somatisierungsneigung.

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Angstneurose	300.0	3-3
Migräne	346.0	3-3
bei hypochondrisch-anankastischer Persönlichkeit.		

Differentialdiagnose

Zwangsneurose

Alter: 16 J. w Fall 86 Code-Nr. 2676

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	3	Abwehrend	1
Schlafstörung	2	Deprimiert	2
Depression	2	Ängstlich	3
Angst	3	Hypochondrisch	1
Phobie	1	Depressive Gedanken	3
Reizbarkeit	2		
Konzentrationsstörung	1		

Exploration

Mißtrauisches, zurückgezogenes Mädchen; kann nicht ruhig sitzen; spielt ständig mit ihren Händen.

Biographie

Ihre Beziehung zum Vater, Einzelhändler, gut und zur Mutter sehr gut. Antiautoritär erzogen. Die Eltern seien nicht einverstanden mit ihrer Freundschaft zu einem Mitschüler. Seit einem Jahr deswegen ständige Auseinandersetzungen. Gute Schulleistungen. Abnehmende Kontaktschwierigkeiten. Rauche täglich 10 Zigaretten und trinke Alkohol.

Familiäre Erkrankungen

Mutter Kopf- und Rückenschmerzen, mit Valium behandelt, außerdem ulcus duodeni und Rheuma. Vater Rückenschmerzen, Schwester ulcus duodeni.

Somatische Anamnese

Kränklich, mit zehn Jahren Pneumonie.

Psychische Anamnese

Verspätetes Sprechen, mit sechs Jahren noch Sprachschwierigkeiten.
Vor einem Jahr Suizidversuch mit dem Messer. Ambulante Behandlung ihrer Konflikte mit den Eltern.

Somatischer Status

Seit einem Jahr beim Lernen täglich Kopfschmerzen und Schwindelgefühle, behandelt mit Aspirin. Häufig Rückenschmerzen und verschiedene kleine Beschwerden, wie z.B. Zittern, Stiche in der Brust, Schluckbeschwerden etc. Seit drei Wochen mehrmals täglich Gangataxie; wirkte wie betrunken.

Psychischer Status

Im Affekt labil, eher depressiv, niedergeschlagen, weinerlich sowie

reizbar, streitsüchtig, ängstlich und gespannt. Sie bezeichnet sich selbst als scheu, melancholisch und sensitiv. Dabei fühle sie sich ungeliebt und abgelehnt. Bei jedem Mißerfolg reagiert sie mit tiefer Enttäuschung, Pessimismus und Hoffnungslosigkeit. "Es gibt für mich keine Zukunft. Nach zwei Jahren werde ich nicht mehr leben". Sie klagt auch über ihre Zurückgezogenheit; Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle in Bezug auf ihr Aussehen. Äußert sich sehr besorgt wegen ihres Examens. Sie neige auch zu Temperamentausbrüchen. Es bestehen Schul- und Autoritätsängste, begleitet von Zittern, Erröten, Stottern und Magenbeschwerden. Hypochondrische Ängste und Todesängste sowie Tierphobien.

Syndrom

Ängstliches, erregtes, depressives Syndrom mit Neigung zu somatisieren bei sensitiver Persönlichkeit.

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Angstneurose	300.0	3-3
Psychalgie	307.8	3-2
bei sensitiver Persönlichkeit		

Alter: 15 J. w Fall 96 Code-Nr. 2687

A) Subjektive Beurteilung		**B) Objektive Beurteilung**	
Depression	2	Abwehrend	2
Angst	2	Deprimiert	2
Phobie	2	Angst	3
Reizbarkeit	1	Depressive Gedanken	2
Konzentrationsstörung	1		

Exploration

Mißlauniges, gespanntes und unruhiges Mädchen. Wirkt asthenisch. Augenfaszikulationen. Spielt mit ihren Lippen, lutscht am Finger und kann nicht stillsitzen.

Biographie

Sie sei in Deutschland geboren. Sie lebte bis zum 6. Lebensjahr in Griechenland bei den Großeltern, die für sie immer noch ihre Familie darstellen. Erst danach lernte sie ihre Eltern kennen und lebte dann bei ihnen in Deutschland. Zwei Jahre später Scheidung der Eltern wegen außerehelicher Beziehungen des Vaters. Seitdem kein Kontakt mehr zum erneut verheirateten Vater. Vor einem Jahr Rückkehr mit ihrer Mutter

nach Griechenland und Zweitehe der Mutter. Die Beziehung zur Mutter und zum Stiefvater sei mäßig. Schul- und Kontaktschwierigkeiten.

Familiäre Erkrankungen: OB

Somatische Anamnese Mit neun Jahren Keuchhusten.

Psychische Anamnese
In der Kindheit Nägelkauen, Dunkelängste. Vor zwei Jahren Suizidversuch mit Aspirin.

Psychischer Status
Seit drei Monaten im Affekt eher depressiv, weinerlich und gelegentlich niedergeschlagen sowie seit den letzten drei Jahren sehr ängstlich, gespannt und innerlich unruhig. Sie dissimuliert die Gründe ihrer Verstimmung. Fraglicher Liebeskummer. Klagen über Kontaktarmut, Grübelei, Pessimismus sowie Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle wegen ihrer Familie. Sie sei auch besorgt wegen ihrer Familie und wegen der Schule. Sie äußert autoaggressive Impulse und Aggression (Zerstörung von Gegenständen, Streit). Es bestehen zahlreiche kleine Phobien und Ängste, wie z.B. Claustro-phobie, Schlangen- und Bienenphobie, Schul- und Autoritätsängste. Bei Betreten höhergelegener Orte Schwindelgefühle.

Syndrom
Ängstliches, phobisches, depressives Syndrom bei depressiv-phobisch strukturierter Persönlichkeit.

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Angstneurose	300.0	3-2
Depressive Reaktion bei depressiver, phobischer Persönlichkeit.		2-1

Differentialdiagnose
Depressive Neurose

Alter: 17 J. w · Fall 76 Code-Nr. 2730

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	2	Demonstrativ	1
Müdigkeit	1	Deprimiert	2
Depression	2	Ängstlich	2
Phobie	1	Hypochondrisch	1
Angst	2	Depressive Gedanken	3
Reizbarkeit	2		
Konzentrationsstörung	1		

Exploration

Demonstrativ und affektlabil wirkendes Mädchen; wechselweise lacht sie oder wird melancholisch; kann nicht stillsitzen. In den Beinen Unruhe.

Biographie

Die Beziehung zu den Eltern, besonders zur Mutter, sei schlecht; die Beziehung zur Schwester besser. Streng und altmodisch erzogen. Der Vater selbständiger Lastwagenfahrer. Mäßige Schulleistungen. Abnehmende Kontaktschwierigkeiten. Seit 1 1/2 Jahren Freundschaft zu einem Mitschüler; diese Beziehung sei jedoch nicht konfliktfrei.

Familiäre Erkrankungen

Vater Diabetes mellitus; Mutter Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Magenbeschwerden und Rheuma, nervenärztlich behandelt mit Tavor.

Somatische Anamnese

Leichte Kopfschmerzen seit zwei Jahren.

Psychischer Status

Im Affekt häufig lustlos, depressiv, sowie ängstlich gespannt und sehr reizbar. Neigung zu Temperamentsausbrüchen. Sie fühle sich sehr minderwertig und klagt über Lustlosigkeit und Freuddlosigkeit sowie über starke Schuldgefühle. Es bestehen Prüfungsängste, Schulängste und eine leichte Tierphobie. Im Antrieb leicht vermindert manchmal zerstreut, bezeichnet sie sich als hypochondrisch und sensitiv.

Syndrom

depressives ängstliches Syndrom

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Neurotische Depression	300.4	2 - 2

Alter: 16 J. w Fall 88 Code-Nr. 2706

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	2	Deprimiert	1
Depression	2	Ängstlich	3
Schlafstörung	1	Depressive Gedanken	2
Angst	2		
Phobie	2		
Reizbarkeit	2		
Konzentrationsstörung	1		

Exploration

Freundliches, schüchternes, aber etwas bedrückt wirkendes und ängstliches Mädchen. Sie ist zurückhaltend, zappelig und ruhelos, bewegt ihre Hände ständig oder bleibt steif.

Biographie

Eltern, Bauern, leben mit ihr in einem Dorf in der Nähe von Veria. Die familiären Beziehungen seien sehr gestört. Häufige Auseinandersetzungen wegen eines außerehelichen Verhältnisses des Vaters. Ihre Beziehung zum Vater, einem despotischen, autoritären Menschen, sei sehr schlecht; die zur Mutter, einer schwachen, zurückgezogenen Frau, etwas besser. Auf ihren Bruder ist sie sehr neidisch. Sie wurde streng und altmodisch und moralisch erzogen; Kontakte mit Männern sind streng verboten. Häufige Mißhandlungen durch die Eltern. Schul- und Kontaktschwierigkeiten.

Familiäre Erkrankungen

Mutter, Tante, Onkel und Neffe mütterlicherseits ulcus duodeni.

Somatische Anamnese

Bronchitis mit drei Jahren, Appendektomie bis vor drei Monaten, Schwindelgefühle beim Aufstehen.

Psychische Anamnese

Eßstörungen, behandelt mit Vitaminen; Nägelkauen; hysterische Streckkrämpfe in der Kindheit. Im letzten Sommer Schlafstörungen. Vor einem Monat Suizidversuch mit dem Messer wegen Trennung vom Freund.

Somatischer Status

Häufige Kopfschmerzen, behandelt mit Aspirin. Stiche in der Brust, Druck im Leib, Kurzatmigkeit und andere kleine somatische Beschwerden.

Psychischer Status

Seit kurzer Zeit Stimmung recht gut. Seit zwei Jahren nach Streit mit dem Vater lustlos, unglücklich und hoffnungslos. Sie ist ständig innerlich und motorisch unruhig, überbesorgt und ängstlich. Es bestehen Schuldgefühle den Eltern gegenüber, Suizidimpulse und Minderwertigkeitsgefühle in Bezug auf ihr Aussehen, ihre Intelligenz und das Sozialmilieu, ferner autoaggressive und aggressive Handlungen, wie z. B. Zerstörung von Gegenständen, Quälen ihrer Schwester.Klagen über Sorgen und Angst vor der Schule und ihrem Vater, Autoritäts-ängste. Bei Belastung Stottern. Es besteht eine Schlangenphobie.

Syndrom

Ängstliches, phobisches und depressives Syndrom und Neigung zu somatisieren bei hysterisch-phobischer Persönlichkeit.

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Reaktive Depression	309.0	0-2
bei Angstneurose	300.0	3-2

Alter: 17 J. w Fall 93 Code-Nr. 2698

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	2	Demonstrativ	1
Müdigkeit	1	Deprimiert	1
Schlafstörung	1	Depressive Gedanken	2
Depression	2	Ängstlich	2
Angst	2		
Phobie	2		
Reizbarkeit	2		
Konzentrationsstörung	1		

Exploration

Freundliches Mädchen mit etwas demonstrativem und ungehemmten Benehmen, wie spontane Beschreibung ihrer homosexuellen Tendenzen.

Biographie

Eltern, Bauern, streiten sich fast täglich miteinander. Sie identifiziere sich mit ihrer Mutter, einer sensitiven Frau. Ihre Beziehung zum strengen Vatr sei sehr schlecht, die zur Mutter gut, aber ambivalent. Die Beziehung zu den Geschwistern sei nur mäßig. Vor 15 Tagen habe sie eine einjährige Freundschaft mit einem Jungen aufgelöst.

Schlechte Schulleistungen, häufiges Schulschwänzen. Alkoholgenuß und Schwierigkeiten mit der Polizei.

Syndrom

Ängstliches Syndrom, begleitet von der Neigung zu somatisieren. Sexuelle Verhaltensabweichungen bei hysterischer Persönlichkeit.

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Angstneurose	300.0	3-2

Alter: 16 J. w Fall 90 Code-Nr. 2808

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	2	Deprimiert	1
Müdigkeit	2	Ängstlich	2
Schlafstörung	1	Hypochondrisch	2
Depression	1	Depressive Gedanken	1
Angst	2		
Konzentrationsstörung	1		
Reizbarkeit	1		

Exploration

Ruhiges, nettes Mädchen.

Biographie

Vater, Offizier, sehr streng und altmodisch. Ist auf die Mutter eifersüchtig. Die Beziehung zu ihm sei sehr schlecht, zu der Mutter sehr gut. Wegen des Berufs des Vaters häufiger Ortswechsel. Schulleistungen mäßig. Abnehmende Kontaktschwierigkeiten.

Familiäre Erkrankungen

Großmutter väterlicherseits Parkinson-Syndrom; Großvater Ekzeme.

Somatische Anamneses: OB

Psychische Anamnese

Enuresis bis zum 7. Lebensjahr, Nägelkauen bis heute, Dunkelängste und Eßstörungen in der Kindheit; hypochondrische Ängste, daß sie Lepra habe und Ängste vor dem "Jüngsten Tag".

Somatischer Status
Seit drei Jahren mittelgradige, aber häufige Migräne, mit Aspirin behandelt. Gelegentlich Kurzatmigkeit, Nacken- Schulter- und Rückenschmerzen.

Psychischer Status
Affektlabil, etwas depressiv sowie manchmal niedergeschlagen, desinteressiert und hoffnungslos. Dabei sehr ängstlich, innerlich unruhig. Ziehe sich zurück. Als Grund gibt sie vor allem "die Schule" an und außerdem die Trennung vom Vater und vom Freund.

Familiäre Erkrankungen
Mutter in nervenärztlicher Behandlung wegen Kopfschmerzen und Nervosität. Vater angeblich Alkoholmißbrauch.

Somatische Anamnese
Appendektomie

Psychische Anamnese
Enuresis bis zum 6. Lebensjahr, Nägelkauen und Grimassieren mit der Nase bis heute; in der Kindheit auch Eßstörungen und Dunkelängste. Mit neun Jahren eine zwei Jahre dauernde intime Beziehung zu einem gleichaltrigen Mädchen (Küssen, Streicheln der Brust). Wurde von den Eltern verboten. Vor einem Jahr erster Geschlechtsverkehr mit ihrem Freund. Sie äußert immer noch homosexuelle Impulse.

Somatischer Status
Seit letztem Sommer Stiche in der Brust. Tachykardie, auch Druck- und Völlegefühle im Magen sowie kleine körperliche Beschwerden, wie z.B. Schwitzen, Rücken- und Kopfschmerzen.

Psychischer Status
Seit neun Monaten wegen Konflikten mit dem Freund und wegen Schulschwierigkeiten mißlaunisch, etwas depressiv un weinerlich sowie gespannt, ängstlich und innerlich unruhig. Klagen über Reizbarkeit, Pessimismus, Minderwertigkeitsgefühle in Bezug auf ihr Aussehen (zu dünn) oder wegen ihres Charakters (zu schwach, zu passiv). Empfindet Ablehnung von ihren Mitmenschen und äußert den Wunsch, schwer krank zu werden und damit ihr Mitgefühl zu erhalten. Neigt zeitweise zu Temperamentsausbrüchen. Große Sorgen wegen ihrer Gesundheit, der Schule und der Familie. Schulängste

werden begleitet von Bauchschmerzen. Ferner Dunkelängste und Claustrophobie sowie Insekten- und Schlangenphobie. Oft zerstreut und vergeßlich. Es besteht Appetitverlust und Gewichtsabnahme. Es bestehen auch leichte Höhenängste, Neigung zu Temperamentausbrüchen und hypochondrische Ängste wie herz- oder leprakrank zu sein. Häufige Hausarztbesuche. Seit zwei Jahren ziemlich ausgeprägte Müdigkeit, Mattigkeit und Erschöpfungsgefühle.

Syndrom

Ängstliches, hypochondrisches Syndrom bei sensitiver und affektlabiler Persönlichkeit, begleitet von Migräne und Neigung, zu somatisieren.

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Angstneurose	300.0	2-2
Migräne	346.0	2-2

Alter: 17 J. m Fall 85 G/G Code-Nr. 2760

A) Subjektive Beurteilung		**B) Objektive Beurteilung**	
Körperliche Symptome	3	Demonstrativ	3
Müdigkeit	3	Deprimiert	1
Schlafstörung	2	Ängstlich	2
Depression	2	Gehoben	1
Angst	3	Depressive Gedanken	2
Phobie	1		
Reizbarkeit	2		
Konzentrationsstörung	2		

Exploration

Unruhiger und lustiger Junge mit demonstrativer und theatralischer Verhaltensweise. Stimmung etwas gehoben und euphorisch. Klatscht, macht Witze, spricht laut und lacht oder posiert und kokettiert. Versucht, im Mittelpunkt zu stehen. Er ist zerstreut und wechselnd gereizt und streitsüchtig. An Händen und Beinen zitternd.

Biographie

Der Vater sei Bauer. Seine Beziehung zu den Eltern schlecht, zu den Geschwistern besser. Streng und altmodisch erzogen. Er schreibe Gedichte und wolle Schauspieler werden, was die Eltern jedoch total ablehnen. Er stehe kritisch, aber auch etwas oberflächlich der Gesellschaft gegenüber. Mit seinem Lebensstil sei er sehr unzufrieden. Schlechte

Schulleistungen. Er habe seit einem Jahr eine Freundin, aber keine sexuelle Beziehung zu ihr.

Familiäre Erkrankungen
Schwester Kopfschmerzen, mit Tranquilizern behandelt.

Somatische Anamnese: OB

Psychische Anamnese
Enuresis bis zum 8. Lebensjahr; Dunkelängste; EBstörungen, mit Vitaminen behandelt; Einschlafstörungen in der Kindheit.

Somatischer Status
Tachykardie; Schmerzen in der Brust mit Ausstrahlung bis in den linken Arm; Schulter- und Rückenschmerzen; seit drei Jahren fast täglich Schwindelgefühle oder Kopfschmerzen sowie diverse kleine Beschwerden wie Übelkeit, Kurzatmigkeit, Schluckbeschwerden usw.

Psychischer Status
Er beschreibt sich selbst als zyklothym und behauptet, daß er nur oberflächlich lustig und euphorisch erscheine, in Wirklichkeit sei er niedergeschlagen, lustlos, desinteressiert sowie gelegentlich hoffnungslos, weinerlich und denke an Selbstmord, z.B. Pulsadern aufschneiden. Als Grund dieser Verstimmung gibt er sein monotones tägliches Leben an. Mache sich darüber eine Menge Sorgen und über die Schule. Dabei sei er ängstlich, gespannt, innerlich und psychomotorisch unruhig. Zustände von Panik vor dem Schlaf wegen des Gedankens, schlecht wie der Teufel zu sein. Neigung zu theatralischen Ausbrüchen. Er behauptet, daß er häufig wie ein Wahnsinniger reagiere. Es bestehen aggressive und autoaggressive Impulse und Handlungen, wie z. B. Gegenstände umherwerfen, sich die Haare raufen. Es besteht auch eine Schlangenphobie. Als Vitalstörung imponiert Müdigkeit, Mattigkeit, Schwäche in den Gliedern sowie abends Erschöpfungsgefühle und 2-3 Stunden dauernde Einschlafstörungen.Konzentration und Aufmerksamkeit sind beeinträchtigt.

Syndrom
Ängstliches, affektlabiles Symptom, begleitet von Vitalstörungen und Neigung zu somatisieren bei thymopathischer, hysterischer Primärpersönlichkeit.

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Angstneurose	300.0	2-2
Psychalgie	307.8	3-3
(bei hysterischer Persönlichkeit)		

Differentialdiagnose
Hysterie oder hysterische Persönlichkeitsstörung

Alter: 17 J. w Fall 3 Code-Nr. 2700

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	1	Deprimiert	1
Müdigkeit	2	Ängstlich	3
Phobie	1	Depressive Gedanken	2
Angst	3		
Reizbarkeit	2		
Konzentrationsstörung	1		

Exploration
Ruhiges und etwas melancholisch wirkendes Mädchen.
Feinschlägiger Tremor der Finger.

Biographie
Die Eltern sind Bauern. Schlechte Familienatmosphäre, häufige Streitereien, kein Verständnis der Eltern für die Tochter. Sie werde gezwungen, zu studieren. Schlechte Schulleistungen. Kontaktschwierigkeiten auch mit den Lehrern. Alkoholgenuß.

Familiäre Erkrankungen
Vater herzkrank, Schwester leidet unter Schlafstörungen und Kopfschmerzen.

Somatische Anamnese: OB

Psychische Anamnese
In der Kindheit Dunkelängste; Appetitverlust, behandelt mit Vitaminen; Nägelkauen bis heute.

Somatischer Status
Schmerzhafte, unregelmäßige Periode, begleitet von Erbrechen. Seit einem

Jahr verschiedene, kleine körperliche Beschwerden, wie z.B. Kopfschmerzen, Stiche in der Brust. Letzte Woche fast frei von Symptomen.

Psychischer Status
Sie erscheint innerlich unruhig, grundlos ängstlich sowie gelegentlich depressiv. Klagt wegen großer Sorgen wegen ihrer Aufnahmeprüfung für das Lyzeum. Starke Schuldgefühle den Eltern gegenüber; Pessimismus; bis vor kurzem Suizidgedanken; Neigung zu Temperamentausbrüchen; aggressive Impulse; Angst vor der Schule; Spinnen- und Hundephobie; seit einem Jahr Müdigkeit und Schwäche in den Gliedern. Die Primärpersönlichkeit erscheint sensitiv.

Syndrom
Ängstliches, erregbares Syndrom mit Neigung zu somatisieren.

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Angstneurose	300.0	2-1

Alter: 14 J. w Fall 21 GG/GR Code-Nr. 2685

A) Subjektive Beurteilung		**B) Objektive Beurteilung**	
Körperliche Symptome	1	Abwehrend	1
Müdigkeit	1	Ängstlich	2
Depression	1	Hypochondrisch	2
Angst	1	Depressive Gedanken	1
Phobie	1		
Reizbarkeit	1		

Exploration
Innerlich unruhiges Mädchen; Unruhe in den Beinen.

Biographie
Geboren und aufgewachsen in einem Dorf in der Nähe von Veria. Die Eltern Bauern; sehr streng erzogen; Schulschwierigkeiten.

Familiäre Erkrankungen
Schwester Epilepsie

Somatische Anamnese: OB

Psychische Anamnese

Im August und Herbst 1979 jeweils Suizidversuch mit Aspirin, wegen ihrer Familie und ihrer Umgebung im Dorf.

Somatischer Status

In den letzten zwei Jahren 3-4 mal psychogene Anfälle von einigen Minuten, begleitet von Schwindelgefühlen, starkem Schwitzen und vorübergehender Blind- und Taubheit. im letzten Sommer Kopfschmerzen beim Aufstehen sowie Schwindelgefühle; letzte Woche frei von Symptomen.

Psychischer Status

Zeitweise melancholisch und ängstlich sowie gereizt. Minderwertigkeitsgefühle wegen ihres Übergewichts und Pessimismus. Angst vor der Schule und vor Epilepsie sowie Angst vor Dunkelheit und Katzen. Raucht täglich 15-20 Zigaretten, Alkoholgenuß.

Syndrom

Depressives, ängstliches, hypochondrisches Syndrom.

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Hysterische Neurose	300.1	1-2

Differentialdiagnose

Hypochondrie oder spezifische, emotionale Störung des Jugendalters mit Angst und Furchtsamkeit.

Alter: 14 J. w Fall 89 Code-Nr. 2699

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	2	Abwehrend	1
Müdigkeit	1	Deprimiert	2
Schlafstörung	2	Ängstlich	2
Depression	2	Hypochondrisch	2
Angst	1	Depressive Gedanken	3
Phobie	2		
Zwang	3		
Konzentrationsstörung	1		

Exploration

Freundliches, aber zurückgezogenes und unruhiges Mädchen. Häufiges Augenzwinkern und Grimassen schneiden. Kann nicht stillsitzen und

zittert am ganzen Körper. Großes, ausgeprägtes Hämangiom im Gesicht.

Biographie
Vater von Beruf Möbeltischler, Mutter Hausfrau. Die Familie lebt in einem Dorf in der Nähe von Veria. Eltern streiten sich häufig. Als sie neun Jahre alt war; trennten sich die Eltern für ein Jahr voneinander. Ihre Beziehung zu den Eltern und zur Schwester sei gut. Kontakt- und Schulschwierigkeiten.

Familiäre Erkrankungen
Mutter Schlafstörungen, behandelt mit Schlaftabletten; Großmutter Diabetes mellitus.

Somatische Anamnese: OB

Psychische Anamnese
Enuresis bis zum 6. Lebensjahr. Als Kind hatte sie keine Freundin.

Somatischer Status
Seit dem Sommer häufig kurze Schwindelanfälle beim Aufstehen.

Psychischer Status
Im Affekt eher depressiv, lustlos, niedergeschlagen, weinerlich und indifferent, grundlos ängstlich und innerlich unruhig. Häufig langweile sie sich. Als Grund für diese Verstimmung gibt sie Liebeskummer, die Eltern sowie ihre dörfliche Umgebung und den Mangel an Freiheit an. Es bestehen Hoffnunglosigkeit, Pessimismus und Minderwertigkeitsgefühle in Bezug auf ihr Aussehen; Suizidgedanken (mit Tabletten). Große Sorgen wegen Schule und Familie, Höhenangst, Claustrophobie und Katzenphobie sowie hypochondrische Ängste, wie z. B. krebskrank zu sein. Sehr besorgt über ihren Gesundheitszustand, deswegen monatliche Hausarztbesuche. Es bestehen Ordnungs- und Kontrollzwänge, Zählzwänge (z.B. Autos, Bäume, Wörter), Waschzwänge (Händewaschen bis 10 mal täglich) sowie fast täglich ca. 15 Minuten dauernde Zwangsgedanken mit sexuellem Inhalt. Als Vitalstörung imponiert Müdigkeit und seit letztem Sommer ein Einschlaf- und Durchschlafstörung.

Syndrom
Phobisches, hypochondrisches, anankastisches und depressvies Syndrom bei depressiv anankastischer Persönlichkeit.

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Zwangsneurose	300.3	2-2

Alter: 17 J. w Fall 81 Code-Nr. 2737

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	3	Abwehrend	2
Schlafstörungen	1	Deprimiert	3
Depression	3	Ängstlich	2
Angst	1	Depressive Gedanken	2
Phobie	2		
Reizbarkeit	1		
Konzentrationsstörung	2		

Exploration

Affektlabil wirkendes Mädchen. Spielt mit ihren Fingern, ihre obere Lippe zittert leicht, antwortet widersprüchlich und verlangt häufig die Versicherung, daß keine Informationen weitergegeben würden.

Biographie

Vor 12 Jahren sei der Vater als Arbeiter nach Deutschland gegangen, zwei Jahre später auch die Mutter. Die Probandin blieb bei der Großmutter. Zweieinhalb Jahre später ging auch sie nach Deutschland. In Deutschland blieb sie häufig allein zuhause; sie konnte nicht im Freien spielen. Ihre Umgebung empfand sie als fremd. Aber ihre Rückkehr nach Griechenland wäre auch nicht frei von Anpassungsschwierigkeiten, wie z.B. Sprachschwierigkeiten. Die Beziehung der Probandin zu den Eltern und Geschwistern sei gut.
Vor sechs Monaten erhielt sie einen Heiratsantrag von ihrem Freund. Wegen der Schulschwierigkeiten habe sie abgelehnt.

Familiäre Erkrankungen

Großmutter mütterlicherseits magen- und herzkrank.
Eine Cousine depressiv.

Somatische Anamnese: OB

Psychische Anamnese

Enuresis bis zum 8. Lebensjahr; im Alter von vier Jahren Appetitverlust und Haarausfall; Dunkelängste bis heute. Anpassungsschwierigkeiten in Deutschland. Bei ihrer Rückkehr nach Griechenland Claustrophobie.

Somatischer Status

Seit sechs Monaten Gastritis und Kopfschmerzen. Seit ihrem 14. Lebensjahr Kurzatmigkeit und Erstickungsgefühle. Behandlung dieser Symptome mit Bellegral, Kartalidon und Phenobarbital. Sie äußert Schmerzen in der Brust.

Psychischer Status

Depressive Verstimmung begleitet von Anhedonie, Lustlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Desinteresse, Suizidgedanken sowie Schuldgefühle, Selbstverachtung und Pessimismus. Als Grund für diese Verstimmung gibt die Probandin die Trennung vom Freund an. Es bestehen existentielle Ängste, Angst vor Einsamkeit sowie Tierphobien (Ratten und Hunde) und Claustrophobie (im Lift und beim Anschauen von riesigen Betongebäuden). An Zwangssymptomen bestehen Unentschlossenheit sowie selten Zwangsgedanken, wie z.B. Geschlechtsverkehr mit Gott haben zu wollen. Appetitlosigkeit mit 2-3 kg Gewichtsverlust und zwischenzeitig Bulimie.
Die Konzentration ist beeinträchtigt. Die Primärpersönlichkeit erscheint phobisch und depressiv strukturiert.

Syndrom

Phobisches, depressives, neurasthenisches Syndrom begleitet von Appetitverlust und verschiedenen körperlichen Beschwerden.

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Depressive Neurose	300.4	3-3
Claustrophobie	300.2	2-1
Gastritis	316.0	2-2

Differentialdiagnose Neurasthenie

Alter: 16 J. w Fall 94 Code-Nr. 2715

A) Subjektive Beurteilung		**B) Objektive Beurteilung**	
Körperliche Symptome	3	Abwehrend	1
Depression	3	Demonstrativ	1
Angst	2	Depressiv	3
Phobie	2	Ängstlich	3
Reizbarkeit	1	Depressive Gedanken	3
Konzentrationsstörung	1		

Exploration

Freundliches, aber unruhiges Mädchen. Lacht, macht Witze und reagiert etwas demonstrativ und inadäquat.

Biographie

Die Eltern, Bauern, wohnen in einem Dorf in der Nähe von Veria. Bei der Familie wohne auch die Großmutter, was zu ständigem Streit um die Autorität in der Familie führt. Die Beziehung zum Vater, einem autoritären Menschen und angeblichem Trinker und Spieler, sei sehr schlecht; ebenso zur Mutter, einer unterwürfigen Frau; die Beziehung zu den Geschwistern sei mäßig. Mit 14 Jahren bekam sie erstmals epileptische Anfälle und die Eltern hielten sie für "verrückt" und wollten sie in ein "Irrenhaus" schicken. Sie sei deswegen in ihrem Dorf diskriminiert, als wahnsinnig und als Idiotin bezeichnet worden.
Mäßige Schulleistungen. Nur oberflächliche Kontakte und sozialer Rückzug.

Familiäre Erkrankungen

Mutter ulcus duodeni, Asthma bronchiale und Kopfschmerzen; Urgroßvater Epilepsie.

Somatische Anamnese

Wegen eines Atemnotsyndroms als Neugeborenes postpartum im Krankenhaus.

Psychische Anamnese

In der Kindheit Dunkelängste, Schlafwandeln und Bulimie.
Im letzten Sommer Suizidversuch.

Somatischer Status

Herzgeräusche. Seit dem 14. Lebensjahr epileptische Krampfanfälle; behandelt mit Cardinal. Mit sieben Jahren Beginn von täglichen Kopfschmerzen und Schwindelgefühlen; behandelt mit Novalgin und Aspirin. Gleichzeitig Völlegefühl im Leib, Rückenschmerzen, Stiche in der Brust, starkes Schwitzen und Überempfindlichkeit gegen Wärme und Kälte.

Psychischer Status

Im Affekt sehr depressiv und desinteressiert sowie ängstlich, gespannt, psychomotorisch und innerlich unruhig; Klagen über Déjà-vu-Erlebnisse, Reizbarkeit, Hoffnungslosigkeit, Unlust, Minderwertigkeitsgefühle und Suizidgedanken. Es bestehen autoaggressive und aggressive Impulse und

Handlungen, wie z. B. sich die Haare raufen oder sich Bisse zufügen, Bücher zerreißen usw. Sie klagt über Dunkelängste und Schulängste. Im Antrieb etwas vermindert. Häufig zerstreut. Es besteht Kontaktarmut und sozialer Rückzug.

Syndrom
Ängstliches, erregtes, depressives Syndrom.

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Depressive Neurose	300.4	3-3
Epilepsie	345.3	3-3

Alter: 14 J. w Fall 80 Code-Nr. 1724

A) Subjektive Beurteilung		**B) Objektive Beurteilung**	
Müdigkeit	3	Abwehrend	1
Schlafstörung	1	Demonstrativ	1
Depression	3	Deprimiert	2
Angst	2	Ängstlich	1
Phobie	1	Depressive Gedanken	3
Zwang	1		
Depersonalisation	2		
Reizbarkeit	2		
Konzentrationsstörung	2		

Exploration
Unkonzentriert wirkendes, affektlabiles, etwas mißtrauisches und demonstratives Mädchen.

Biographie
Häufige Auseinandersetzungen der Eltern untereinander. Der Vater, ein kleiner Einzelhändler, sei nur mit seinem Geschäft beschäftigt. Bei der Arbeit im Laden würde auch die Mutter helfen. Sie sei eine besonders fordernde und ehrgeizige Frau. Ihre Beziehung zur Mutter sei besser als zum Vater. Sie sei als erstes Kind bis zur Geburt der Schwester von der Mutter überbesorgt behandelt worden. So durfte sie z. B. nicht mit Erde in Berührung kommen. Nach der Geburt ihrer Schwester empfand sie starke Gefühle von Verlassenheit und Rivalität. Gute Schulleistungen. In letzter Zeit sei sie wegen der Erkrankung der Mutter für den Haushalt verantwortlich.

Familiäre Erkrankungen
Mutter Rückenschmerzen, Lordose, Kopfschmerzen, ulcus duodeni und vor 12 Jahren nervenärztliche ambulante Behandlung wegen eines "Nervenzusammenbruchs". Großmutter mütterlicherseits labiler Hypertonus.

Somatische Anamnese Mit zwei Jahren Rachitis.

Psychische Anamnese
Enuresis nach der Geburt der Schwester. Tics und Stottern bei Belastungssituationen bis heute. Vor einem Jahr Suizidversuch mit Strom. Kurz darauf Sprung von der Terrasse, als Folge Schulterblattfraktur. Vor ca. zwei Monaten nach Streit mit den Eltern bewußt schnell gefahren und verletzt.

Psychischer Status
Im Affekt depressiv, dysphorisch, niedergeschlagen, weinerlich, dabei ängstlich und reizbar. Klagen über ausgeprägte Schuldgefühle den Eltern und Lehrern gegenüber. Selbstvorwürfe, Minderwertigkeitsgefühle, wie z.B. "häßlich und dick" zu sein und daß ihre Schulleistungen nicht ausreichend gut sind. Außerdem Pessimismus und Suizidgedanken (mit Tabletten oder Pulsadern aufschneiden)."Ich habe keine Zukunft und werde nie eine Familie haben". "Ich bin das schwarze Schaf meiner Familie".
Es bestehen auch autoaggressive und aggressive Impulse und Handlungen wie Zerstören von Gegenständen sowie Neigung zu Temperamentausbrüchen. Als Gründe dieser Verstimmung gibt sie die Überforderung von seiten ihrer Eltern und die Bevorzugung der Schwestern an. Die vorher genannten Stimmungen wechseln plötzlich über in Euphorie und gehobene Stimmung und dauern 1-2 Wochen. Dann reagiere sie etwas seltsam, so habe sie z. B. in dieser Verfassung in der Schule einen ganz komischen Aufsatz geschrieben. Sie macht sich große Sorgen wegen der Schule. Es bestehen auch Autoritäts- und Prüfungsängste. Plötzliche Angstzustände begleitet von dem Gefühl, daß sie von eisigen Fingern unterdrückt sei und dabei bekomme sie Erstickungsgefühle und Ohrensausen. Sie glaube auch, durch Fremde von anderen Planeten verfolgt zu sein. Ferner bestehen Tic's, wie Fingerknöchelknacken und eine leichte Agoraphobie sowie 1-2 mal tägliche Nachkontrolle des Lichts und zwanghafte Ordnung.
Häufig lasse sie aber auch ihre Arbeiten unvollendet liegen. Das Gedächtnis und die Konzentration sind beeinträchtigt. Häufige Träumerei. An Vitalstörungen imponieren ein ausgeprägter Energiemangel, Müdigkeit, Schwächegefühle in den Gliedern und Alpträume. Oftmals könne sie vor

Müdigkeit nicht einmal von ihrem Sitzplatz bis zum Bett gehen.

Syndrom

Ängstliches, depressives, suizidales Syndrom bei depressiver anankastischer Primärpersönlichkeit.

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Depressive Neurose	300.4	3-3

Alter: 15 J. w Fall 4 G/G Code-Nr. 2736

A) Subjektive Beurteilung		**B) Objektive Beurteilung**	
Depression	2	Langsam	1
Angst	1	Abwehrend	2
Phobie	1	Deprimiert	3
Konzentrationsstörung	3	Ängstlich	2

Exploration

Zurückgezogenes, ängstliches sowie passiv wirkendes Mädchen. Hagere Gesichtszüge, Körperhaltung etwas starr, spricht langsam, gibt falsche Antworten.

Biographie

Sehr streng erzogen. Die Ehe der Eltern sei schlecht. Die Mutter, kühl und anankastisch strukturiert, mißhandele sie häufig. Der Vater, Maurer, ein sehr zurückgezogener Mensch, habe kein Verständnis für sie und für ihre Probleme. Sie fürchte sich vor den Eltern. Im Alter von fünf Jahren für 18 Monate Trennung von der Mutter, die als Arbeiterin nach Deutschland ging. Schulschwierigkeiten sowie massive Lern- und Kontaktschwierigkeiten.

Somatische Anamnese

Fieberkrämpfe im Säuglingsalter.

Psychische Anamnese

Enuresis bis zum 5. Lebensjahr; Dunkelängste; ambulant behandelter Appetitverlust mit Abmagerung wegen der Trennung von der Mutter. Vor einem Jahr latent suizidal wegen Mißverständnissen mit der Mutter.

Somatischer Status: OB

Psychischer Status

Leicht depressiv sowie ängstlich, innerich unruhig und weinerlich. Klagt über Freudlosigkeit, Niedergeschlagenheit, Schuldgefühle den Eltern gegenüber sowie Minderwertigkeitskomplexe wegen Lernschwierigkeiten. Als Begründung für ihre Verstimmung gibt sie die Unterdrückung durch ihre Eltern an. Schul- und Prüfungsängste mit körperlichen Beschwerden. Schlangenphobie, Dunkelängste. Bei Belastung Stottern. Konzentration und Aufmerksamkeit sehr beeinträchtigt.

Syndrom

Ängstliches und depressves Syndrom mit Konzentrationsstörung.

Diagnose

	ICD-Nr.	Grad
Depressive Angstzustände bei depressiver Neurose	300.4	3-3

Alter: 14 J. w Fall 87 Code-Nr. ohne Nr.

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	3	Deprimiert	2
Schlafstörung	3	Ängstlich	1
Depression	3	Demonstrativ	1
Angst	2	Depressive Gedanken	2
Phobie	1		

Exploration

Melancholisches, ruhig wirkendes Mädchen.

Biographie

Sehr altmodisch und streng erzogen. Tägliche Auseinandersetzungen mit der Mutter wegen Ausgeherlaubnis. Ihre Beziehung zum Bruder sei schlecht. Sehr gute Schulleistungen.

Familiäre Erkrankungen: Keine

Somatische Anamnese: Unauffällig

Psychische Anamnese Dunkelängste in der Kindheit

Somatischer Status

Seit zwei Jahren öfters tagsüber starke Kopfschmerzen - mit Aspirin

behandelt. Gelegentlich Stiche in der Brust und Schwitzen. Unregelmäßige schmerzhafte Periode.

Psychischer Status

Seit sechs Monaten wegen Liebeskummer und familiären Schwierigkeiten depressive Verstimmung. Sie fühle sich meist niedergeschlagen, häufig weinerlich und hoffnungslos sowie innerlich unruhig, streitsüchtig und reizbar. Es bestehen Minderwertigkeitsgefühle und Suizidgedanken, wie z. B. Tabletten nehmen oder von der Terrasse springen. Es bestehen auch leichte, aber verschiedene Tierphobien, nämlich Pferde-, Hunde-, Spinnen- und Bienenphobien, wie Höhen- und Dunkelängste. Sie schläft nur mit Licht und vermeidet dunkle Orte. Seit sechs Monaten bestehen Einschlaf- und Durchschlafstörungen.

Syndrom

Depressives, phobisches Syndrom , begleitet von Schlafstörungen und Kopfschmerzen.

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Depressive Neurose	300.4	3-2
Psychogene Kopfschmerzen	307.8	2-2

Differentialdiagnose

Spezifische emotionale Störungen des Jugendalters mit Niedergeschlagenheit und sich unglücklich fühlen	313.1	3-2

Alter: 15 J. m Fall 1 Code-Nr. 2766

A) Subjektive Beurteilung		**B) Objektive Beurteilung**	
Körperliche Symptome	2	Abwehrend	1
Schlafstörung	3	Deprimiert	3
Depression	3	Ängstlich	2
Angst	2	Depressive Gedanken	2
Zwang	1		
Reizbarkeit	2		
Konzentrationsstörung	1		

Exploration

Depressiv wirkender Junge; seufzt ständig.

Biographie
Vater Arbeiter. Sehr streng erzogen, Ausgangsverbot, häufig vom Vater verprügelt. Seine Beziehung zu den Eltern und zur 12-jährigen Schwester schlecht.

Familiäre Erkrankungen
Mutter diverse psychosomatische Beschwerden.

Somatische Anamnese: Unauffällig

Psychische Anamnese
Enuresis bis zum 7. Lebensjahr; Nägelkauen bis heute.

Somatischer Status
Seit einem Jahr Magenbeschwerden; seit sieben Monaten tägliche Kopfschmerzen, behandelt mit Aspirin.

Psychischer Status
Im Affekt depressiv, weinerlich, ängstlich und reizbar sowie latent suizidal. Er klagt über Desinteresse, Hoffnungslosigkeit und Neigung zu Temperamentausbrüchen. Als Vitalstörung imponiert eine massive Ein- und Durchschlafstörung seit sieben Monaten.
Seit dieser Zeit bestehen Liebeskummer sowie große Sorgen wegen der bevorstehenden Prüfung.
Die Primärpersönlichkeit scheint von Passivität, Abhängigkeitstendenzen und Zwängen geprägt.

Syndrom
Ängstliches, depressives Syndrom mit psychogenen körperlichen Beschwerden bei passiv und anankastisch strukturierter Primärpersönlichkeit.

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Depressive Neurose	300.4	3-2
Psychalgie	307.8	2-2

Differentialdiagnose
Neurasthenie

Alter: 14 J. w Fall 77 Code-Nr. 2704

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Schlafstörung	3	Demonstrativ	1
Depression	2	Deprimiert	2
Angst	1	Ängstlich	2
Phobie	2	Depressive Gedanken	3
Reizbarkeit	2		

Exploration

Freundliches, unruhiges Mädchen; seufzt und wirkt etwas demonstrativ; kann nicht ruhig sitzen.

Biographie

Ihre Beziehung zu den Eltern sei sehr schlecht. Der Vater, Vorarbeiter in einem Obstverarbeitungsbetrieb, sei ein liebevoller, freundlicher, Mensch, die Mutter wird als autoritäre Frau bezeichnet. Der 18-jährige Bruder, von der Mutter immer bevorzugt, habe eine mäßige Beziehung zu ihr. Die Mutter besitze eine kleine Boutique und verlange von ihr immer mehr Hilfe im Geschäft und Haushalt. Seit drei Monaten bestehe eine neue Freundschaft zu einem Mitschüler.
Raucht täglich 20-40 Zigaretten und trinkt Alkohol.

Familiäre Erkrankung

Mutter Kopfschmerzen, Großvater TBC.

Somatische Anamnese: OB

Psychische Anamnese

In der Kindheit Dunkelängste und Nägelkauen.
Vor zwei Jahren drei Suizidversuche und vor acht Monaten ein weiterer Versuch mit Tabletten wegen Liebeskummer und wegen Schwierigkeiten mit ihrer Mutter.

Somatischer Status

Globusgefühle, Stiche in der Brust.

Psychischer Status

Im Affekt eher lustlos, niedergeschlagen, weinerlich sowie innerlich unruhig. Als Gründe für diese Verstimmung gibt die Probandin an, sie habe das Gefühl, nicht geliebt zu werden. Klagen über Sensivität, Suizidgedanken. Schuld - sowie Minderwertigkeitsgefühle in Bezug auf ihre Nase und ihren Charakter. Es bestehen Schulängste, begleitet von körperlichen Beschwerden. Dunkel-ängste und Angst vor dem Alleinsein sowie leichte Insektenphobie. In kleinen Räumen Kurzatmigkeit. Die Probandin neigt zu Temperamentsausbrüchen, manchmal begleitet von Hyperventilation mit anschließender Tetanie. Seit einem Monat massive Ein- und Durchschlafstörungen.

Syndrom

Phobisches, erregtes und depressives Syndrom bei sensitiver Persönlichkeit und Somatisierungstendenz.

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Depressive Neurose	300.4	2-3

Alter: 15 J. w Fall 16 Gr/Gr Code-Nr. 2691

A) Subjektive Beurteilung		**B) Objektive Beurteilung**	
Schlafstörung	1	Abwehrend	2
Depression	2	Langsam	1
Angst	2	Demonstrativ	2
Phobie	1	Ängstlich	2
Zwang	2	Depressive Gedanken	2
Reizbarkeit	3		
Konzentrationsstörung	2		

Exploration

Ruhiges, scheu und unterdrückt wirkendes Mädchen.
Will sich nicht interviewen lassen; gibt widersprüchliche Antworten und dissimuliert etwas.

Biographie

Sehr streng und altmodisch erzogen; häufig von den Eltern mißhandelt. Sie hatte nie den Mut, sich dagegen zu wehren. Der Vater, Lastwagenfahrer, ein streitsüchtiger und strenger Mensch, sei häufig verreist. Tägliche Auseinandersetzungen der Eltern untereinander. Mittlere Kontaktschwierigkeiten. Sie sei scheu und zurückgezogen. Lernschwierig-

keiten. Seit einer Woche erste Freundschaft mit einem Mitschüler.

Familiäre Erkrankungen: OB

Somatische Anamnese
Frühgeburt

Psychische Anamnese
Nägelkauen; Dunkelängste in der Kindheit. Seit einem Jahr bis vor kurzem Durchschlafstörungen. Vor zwei Monaten Suizidgedanken.

Somatischer Status: OB

Psychischer Status
Zunehmende Freud- und Lustlosigkeit, Desinteresse seit ihrer Kindheit. In der letzten Woche habe diese Verstimmung etwas nachgelassen. Sie wirkt dysphorisch, weinerlich sowie ängstlich, innerlich unruhig und gespannt. Sie wünsche sich ihren Tod und äußert autoaggressive Impulse und Handlungen (z.B. Kopf gegen die Wand stoßen oder sich schneiden). Ferner Minderwertigkeitsgefühle, wie z.B. zu dumm, zu groß oder bösartig zu sein. Als Gründe für diese Verstimmung nennt sie ihre Unfreiheit, die unsicheren Zukunftsaussichten. Sie sagt: "Ich werde verrückt, allein bei dem Gedanken, daß ich so wie bisher weiterleben soll". Es bestehen Prüfungs- und Autoritätsängste, begleitet von Zittern; Dunkelheitsängste und Rattenphobie sowie gelegentlich Claustrophobie. Häufige Wutausbrüche, aggressive Impulse und Handlungen, wie z.B. das Wegwerfen und Zerstören von Gegenständen sowie Streitereien, Raufereien und Diebstähle. Konzentration und Gedächtnis sind beeinträchtigt. Es bestehen Zahl- Ordnungs - und Kontrollzwänge. Sie wiederholt mehrmals ihre Hausaufgabe und die Arbeit im Haushalt. Sie äußert Zwangsimpulse, wie aus der Klasse hinauszugehen, oder Zwangsgedanken an von ihr zerstörte Sachen. Die Primärpersönlichkeit erscheint durch Zwänge und Passivität geprägt.

Syndrom
Anankastisches, ängstliches, erregtes sowie depressives Syndrom.

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Depressive Neurose	300.4	2-3
und Störungen des Sozialverhal-		

Differentialdiagnose
Zwangsneurose

Alter: 15 J. w Fall 2 Code-Nr. 2701

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Schlafstörung	1	Langsam	1
Depression	2	Abwehrend	1
Angst	1	Demonstrativ	1
Reizbarkeit	3	Deprimiert	3
Konzentrationsstörung	1	Ängstlich	1
		Hypochondrie	1
		Depressive Gedanken	1

Exploration
Melancholisches, zurückgezogenes und mißtrauisches Mädchen. Spielt mit den Fingern. Hängende Gesichtszüge. Spricht langsam und dissimuliert.

Biographie
Ihre Beziehung zum strengen Vater, Jurist und Abgeordneter, sei schlecht, die zur Mutter besser. Die Mutter, Notarin, war wegen ihres Berufes 2-3 Jahre von der Familie getrennt. Häufige Auseinandersetzungen der Eltern untereinander. Schlechte Schulleistungen. Häufiges Schulschwänzen und Kontaktschwierigkeiten.

Familiäre Erkrankungen
Mutter: Schlafstörungen, behandelt mit Tranquilizern.

Somatische Anamnese: OB

Psychische Anamnese
Enuresis bis zum 11. Lebensjahr; Dunkelängste; Nägelkauen bis heute. Während der Trennung von der Mutter Verzweiflung und depressive Verstimmung.

Somatischer Status: OB

Psychischer Status
Stimmung depressiv, weinerlich, niedergeschlagen sowie im Affekt

ängstlich und innerlich unruhig. Klagt über demonstrative Suizidgedanken. Aggressive und autoaggressive Impulse, Reizbarkeit. Häufige Streitereien. Angst vor der Zukunft und der Schule. Sie fühle sich unbeliebt und will im Mittelpunkt stehen.

Syndrom

Depressives, erregbares Syndrom mit Störung des Sozialverhaltens und Abkapselung.

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Depressive Neurose	300.4	2-2

Differentialdiagnose

Störungen des Sozialverhaltens mit emotionalen Symptomen	312.3	2-2

Alter: 16 J. w Fall 91 Code-Nr. 2677

A) Subjektive Beurteilung		**B) Objektive Beurteilung**	
Körperliche Symptome	2	Abwehrend	1
Müdigkeit	2	Deprimiert	2
Depression	2	Ängstlich	1
Angst	1	Depressive Gedanken	2
Zwang	2		
Konzentrationsstörung	2		

Exploration

Ruhiges, mißtrauisches Mädchen.

Biographie

Die Eltern, Bauern, leben in einem Dorf in der Nähe von Veria. Sie wohne seit einem Monat allein in Veria. Streng und altmodisch erzogen. Ihre Beziehung zu den Eltern und Geschwistern sei mäßig. Die Mutter dominiere in der Familie. Gute Schulleistungen. Kontaktschwierigkeiten.

Familiäre Erkrankungen

Eine Schwester Magenbeschwerden, Mutter Schlafstörungen und Kopfschmerzen.

Somatische Anamnese: OB

Psychische Anamnese

Nach dem Tod ihrer Großmutter ein Jahr lang Ängste vor Einsamkeit.

Somatischer Status

Seit einem Jahr mittelstarke Kopfschmerzen, mit Aspirin behandelt. Eine Augenuntersuchung war ohne Befund. Klagen über verschiedene Schmerzen, Sodbrennen und Überempfindlichkeit bei Kälte.

Psychischer Status

Sie beschreibt sich als melancholisch. Seit einem Monat wegen der Trennung von den Eltern eher niedergeschlagen, zurückgezogen sowie ängstlich und innerlich unruhig und reizbar. Es bestehen Lust- und Freudlosigkeit, Selbstvorwürfe wegen ihres Charakters. Schuldgefühle den Eltern gegenüber. Schulängste sowie Autoritäts- und Prüfungsängste sowie Höhenphobie. Unentschlossenheit. Es bestehen Ordnungs-, Zahl- sowie Wasch- und Kontrollzwänge (z. B. abends Fenster und Küchengeräte überprüfen). Seit kurzer Zeit Müdigkeit, Energiemangel und Konzentrationsschwierigkeiten.

Syndrom

Depressives, ängstliches Syndrom und Neigung zu somatisieren bei depressiv-anankastischer Persönlichkeit.

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Depressive Reaktion	309.1	2-1
mit vegetativen Störungen	307.8	2-2

Alter: 19 J. w Fall 92 Code-Nr. 2697

A) Subjektive Beurteilung		**B) Objektive Beurteilung**	
Körperliche Symptome	2	Depressiv	2
Müdigkeit	2	Ängstlich	2
Schlafstörung	1	Hypochondrisch	1
Depression	2	Depressive Gedanken	2
Angst	2		
Zwang	1		
Reizbarkeit	1		

Exploration

Depressiv wirkendes Mädchen.

Biographie
Der Vater, Angestellter, sei sehr streng. Die Beziehung zu ihm sei schlecht, die zur Mutter gut, jedoch ambivalent, zu den Geschwistern nur mäßig.

Die Familie ist vor einem Jahr von Thessaloniki nach Veria umgezogen. Sie fühle sich von der kleinstädtischen Atmosphäre sehr bedrückt. Ihr Leben in Veria empfinde sie als eintönig, langweilig und konservativ. Seit 1 1/2 Jahren sei sie mit einem 24-jährigen Soldaten befreundet. Die Eltern seien mit dieser Freundschaft einverstanden. Vor einem Monat erste sexuelle Beziehung zu einem anderen Mann. Durchschnittliche Schulleistungen. Die zweite Klasse des Lyzeums zweimal wiederholt. Häufiges Schulschwänzen. Alkoholgenuß.

Familiäre Erkrankungen Mutter ulcus duodeni, Vater Rückenschmerzen.

Somatische Anamnese Mit neun Jahren Meningitis.

Psychische Anamnese
Nägelkauen bis heute, seit einem Jahr Anpassungsschwierigkeiten.

Somatischer Status
Eisenmangelanämie, seit einem Jahr häufig Rücken- und Kopfschmerzen, dabei manchmal Kurzatmigkeit und Tachykardie.

Psychischer Status
Seit ihrem ersten sexuellen Verhältnis vor einem Monat fühle sie sich depressiv, niedergeschlagen, weinerlich sowie ängstlich und innerlich unruhig. Sie klagt über Desinteresse, Reizbarkeit, Hoffnungslosigkeit und Suizidgedanken. Als Grund für diese Verstimmung gibt sie den moralischen Druck durch ihre Umgebung an. Sie mache sich Sorgen über die Reaktionen ihres Freundes auf ihr Verhalten, über die Schule, ihre Familie und ihre Zukunft. Es bestehen hypochondrische Ängste, herz- oder krebskrank zu sein, aggressive Impulse sowie Nachkontrollen (Tür, Licht) und Zahlzwänge. Seit einem Jahr eher müde und erschöpft.

Syndrom
Ängstlich depressives Syndrom mit Neigung zu somatisieren bei anankastischer Persönlichkeit.

Diagnose	ICD-Nr.	Grad
Anpassungsstörung mit vorwiegend emotionaler Symptomatik	309.2	2-1
Psychogene Rückenschmerzen bei anankastisch sensitiver Persönlichkeit	307.8	2-2

Differentialdiagnose
Depressive Reaktion bei Angstneurose.

Fall 73 (16 w) Code Nr. 2682

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	3	Deprimiert	1
Depression	1	Ängstlich	2
Angst	2	Gestörte Intelligenz	1
Phobien	1	Hypochondrie	2
Zwang	1	Depressive Gedanken	1
Reizbarkeit	2		
Konzentrationsstörung	2		

Bemerkung: Prob. lebte vom 5. bis 11. Lebensjahr mit den Eltern in Schweden. Immernoch Sprach und Anpassungsschwierigkeiten. Strenge Erziehung mit häufigen Mißhandlungen durch die Eltern.

Syndrom: ängstliches und erregtes Syndrom mit somatischen Beschwerden bei anankastisch strukturierter Persönlichkeit, vorbehandelt mit Tranquillizern.

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
Angstneurose	300.0	2	2
Spannungskopfschmerzen	307.8	3	3

Fall 39 (15 w) Code Nr. 2731

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Müdigkeit	2	Abwehrend	1
Angst	2	Deprimiert	1
Phobien	3	Ängstlich	2
Zwang	2	Depressive Gedanken	2
Reizbarkeit	1		
Konzentrationsstörung	1		

Bemerkung: Probandin besorgt über das Panhellenische Examen. Schlechte Beziehung zur Schwester. Schwierigkeiten mit dem Freund. (Rattenphobie)

Syndrom: ängstliches und phobisches Syndrom mit Antriebsverminderung bei anankastisch-strukturierter Persönlichkeit

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
Angstneurose	300.0	2	2

Fall 18 (15 w) Code Nr. 2712

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Depression	1	Abwehrend	2
Angst	3	Demonstrativ	1
Phobien	2	Deprimiert	1
Reizbarkeit	1	Ängstlich	2
Konzentrationsstörung	1	Depressive Gedanken	2

Bemerkung: Die Prob. wohnt im Dorf und ist sehr streng erzogen. Die Mutter leidet an multiple psychog. Funktionsstörungen. der Vater ist Priester.

Syndrom erregtes ängstliches und phobisches Syndrom begleitet von ausgeprägter Tierphobie und tägliche Grimassierung im Mundbereich.

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
Angstneurose	300.0	2	2
Tics	307.2	2	2

Fall 74 (17 w) Code Nr. 2678

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	2	Langsam	1
Müdigkeit	2	Abwehrend	1
Depression	2	Demonstrativ	1
Angst	2	Deprimiert	2
Phobien	2	Ängstlich	2
Zwang	1	Depressive Gedanken	1
Reizbarkeit	1		
Depersonalisation	2		

Bemerkung: Mutter Gymnasiastin, deswegen häufige Trennung der Probandin von der Mutter. Seit 2 Wochen nervenärztliche Behandlung der

Mutter.

Syndrom: ängstliches und phobisches depressives Syndrom bei sensitiv-anankastisch-strukturierter Persönlichkeit mit Somatisationsneigungen, sowie gelegentliche Synkopen.

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
Angstneurose	300.0	2	2
Psychog. Anfälle			

Fall 36 (13 w) Code Nr. 2732

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Müdigkeit	1	Abwehrend	1
Angst	2	Deprimiert	1
Phobien	1	Ängstlich	1
		Depressive Gedanken	2

Bemerkung: Massive Befürchtungen, Tics und andere Neurotizismen in der Kindheit. Mutter wegen eines depressiven Syndroms in nervenärztlicher Behandlung. Schuldgefühle wegen mäßiger Schulleistungen.

Syndrom: ängstlich-phobisches Syndrom mit körperlichen Beschwerden. Psychogene Tics.

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
Angstneurose	300.0	2	2

Fall 12 (15 m) Code Nr. 2756

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	2	Abwehrend	2
Depression		Ängstlich	2
Angst	2	Hypochondrie	1
Phobien	1	Depressive Gedanken	1
Zwang	2		
Reizbarkeit	1		
Konzentrationsstörung	1		

Bemerkung: Überforderungsgefühle wegen panhellenischen Examens.

Syndrom: ängstliches Syndrom mit Somatisierungstendenz bei ananktisch strukturierter Persönlichkeit

Diagnose	ICD Nr.	Schweregrad: Letzte Woche	Letztes Jahr
1) Angstneurose	300.0	2	1
2) psychogene körperliche Funktionsstörungen. Atmungsorgane	306.1	2	1

Fall 41 (17 w) Code Nr. 2713

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	1	Deprimiert	1
Müdigkeit	1	Ängstlich	2
Schlafstörung		Hypochondrie	
Schlaftabletten		Depressive Gedanken	1
Depression	1		
Angst	2		
Phobien			
Zwang			
Reizbarkeit	2		

Bemerkung: Seit Kindheit kränklich. Wegen panhellenischen Examens sehr ängstlich und besorgt. Beziehung zu den Eltern schlecht.

Syndrom: ängstliches erregtes Syndrom mit Essensstörung und Nägelkauen.

Diagnose	ICD Nr.	Schweregrad: Letzte Woche	Letztes Jahr
Angstneurose	300.0	2	1
Nägelbeißen	307.9	1	1

Fall 35 (15 w) Code Nr. 2731

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	2	Abwehrend	2
Müdigkeit	1	Demonstrativ	1
Angst	1	Deprimiert	2
Phobien	2	Ängstlich	3
Zwang	1	Hypochondrie	1
Reizbarkeit	1	Depressive Gedanken	2
Konzentrationsstörung	1		

Bemerkung: Die Probandin war während der Exploration innerlich und körperlich sehr unruhig, mißtrauisch und simulierte Beschwerden. Sie äußerte Schulängste sowie Schul- und Lernschwierigkeiten. Ihre

Beziehung zu ihrem Freund war schlecht.

Syndrom: ängstlich-depressives Syndrom mit Schlafstörungen, Ratten- und Schlangenphobien sowie Neigung zu Somatisieren (Kopf schwer und Appetitlosigkeit) bei depressiv-strukturierter Persönlichkeit.

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
2 Angstneurose	300.0	2	2
2 Andere nicht näher bezeichnete Eßstörungen	307.5	1	2

Fall 9 (13 w) Code Nr. 2720

A) **Subjektive Beurteilung**		B) **Objektive Beurteilung**	
Körperliche Symptome	1	Deprimiert	2
Depression	1	Ängstlich	2
Angst	1	Hypochondrie	1
Zwang	2	Depressive Gedanken	2
Reizbarkeit	1		

Bemerkung: Eltern werden als sehr altmodisch und streng bezeichnet. Probandin äußert mehrere Neurotizismen in der Kindheit mit Nägelkauen bis heute. Vor 4 Jahren Commotio cerebri.

Syndrom: dysphorisches, ängstliches Syndrom mit Appetitlosigkeit und Somatisierungstendenz. Anankastisch-strukturierte Persönlichkeit.

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
1. Angstneurose	300.0	1	2
2. Länger dauernde depressive Reaktion	309.1	1	2

Fall 14 (14 w) Code Nr. 2692

A) **Subjektive Beurteilung**		B) **Objektive Beurteilung**	
Depression	1	Abwehrend	1
Angst	2	Deprimiert	1
Phobien	1	Ängstlich	1
Zwang	1	Depressive Gedanken	2
Reizbarkeit	1		

Bemerkung: Eheschwierigkeiten der Eltern. Sehr altmodischer Erziehungsstil der Eltern.

Syndrom: ängstliches Syndrom bei anankastisch-strukturierter Persönlichkeit

Diagnose	ICD Nr.	Schweregrad Letzte Woche	Letztes Jahr
Angstneurose	300.0	1	1

Fall 57 (21 m) Code Nr. 0738

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Schlafstörung	2	Abwehrend	2
Depression	1	Deprimiert	1
Angst	1	Ängstlich	2
Reizbarkeit	1	Depressive Gedanken	2

Bemerkung: Pendelerziehung. Vor 1 Jahr Anpassungsstörungen in Sozialverhalten. Mutter depressiv.

Syndrom: ängstlich-depressives Syndrom bei sensitiver PP

Diagnose	ICD Nr.	Schweregrad Letzte Woche	Letztes Jahr
Depressive Persönlichkeit	301.1	2	3

Differenzialdiagnose
Depressive Neurose

Fall 42 (17 w) Code Nr. 0209

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Depression	2	Abwehrend	1
Phobien	2	Deprimiert	1
Zwang	1		
Konzentrationsstörung	2		

Bemerkung: Eltern geschieden. Probandin und Mutter seit 7 Jahren in Deutschland.

Syndrom: phobische Syndrom bei introvertierter und anankastisch-strukturierter Persönlichkeit.

Diagnose	ICD Nr.	Schweregrad Letzte Woche	Letztes Jahr
Phobie	300.2	2	1

Fall 19 (14 w) Code Nr. 2705

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	1	Abwehrend	1
Schlafstörung	1	Deprimiert	1
Schlaftabletten		Ängstlich	2
Depression	1	Depressive Gedanken	1
Angst	1		
Phobien	2		
Reizbarkeit	1		

Bemerkung: Halbwaise. Streng erzogen durch die Mutter.

Syndrom: ängstliches und phobisches Syndrom mit Neigung zum Somatisieren.

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
Phobie	300.2	1	1
Psychische Funktionsstörungen des Magens	306.4	1	1

Fall 6 (16 w) Code Nr. 2707

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Schlafstörung	2	Abwehrend	1
Angst	2	Ängstlich	2
Phobien	1	Hypochondrie	2
Reizbarkeit	1	Depressive Gedanken	2

Bemerkung: Die Probandin ist introvertiert und hat Kontaktstörungen zu den Eltern. Ihr Vater leidet unter mehreren psychosomatischen Beschwerden.

Syndrom: ängstliches und anankastisches Syndrom (Wasch- und Kontrollzwänge, Zwangsgedanken) bei phobisch-anankastisch strukturierter Persönlichkeit.

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
Zwangsneurose	300.3	2	2

Fall 56 (17 w) Code Nr. 2733

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Phobien	1	Langsam	1
Zwang	2	Abwehrend	1
Reizbarkeit	2	Depressive Gedanken	1
Konzentrationsstörung	1		

Bemerkung: Mutter angeblich anankastisch strukturiert. Schlechte Beziehung zu den Eltern.

Syndrom: phobisch-anankastisches Syndrom (Waschzwänge und Zwangsdenken)

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
Zwangsneurose	300.3	2	2

Fall 53 (13 w) Code Nr. 2702

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	2	Abwehrend	1
Müdigkeit	2	Deprimiert	1
Depression	1	Depressive Gedanken	1
Zwang	2		
Reizbarkeit	1		
Konzentrationsstörung	1		

Syndrom: depressives und anankastisches Syndrom mit somatisierten Beschwerden bei anankastisch strukturierter PP.

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
Zwangsneurosen	300.3	1	2
Rechtschreibschwächen	315.0	3	3

Fall 13 (15 w) Code Nr. 2679

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome		Ängstlich	1
Müdigkeit			
Schlafstörung			
Schlaftabletten			
Depression	1		
Angst	1		
Phobien	1		
Zwang	2		

Reizbarkeit

Konzentrationsstörung

Bemerkung: Im Alter von 6 Jahren Vergewaltigungsversuch, seither Angst vor Männern. Schlechte Elternbeziehung.

Syndrom: anankastisches Syndrom sowie Appetitmangel.

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
1. Zwangsneurose	300.3	1	1
2. Eßstörungen	307.1	1	1

Fall 82 (16 w) Code Nr. 2718

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	4	Abwehrend	1
Müdigkeit	3	Deprimiert	3
Schlafstörung	3	Ängstlich	3
Schlaftabletten	2	Hypochondrie	1
Depression	3	Depressive Gedanken	3
Angst	3		
Phobien	1		
Reizbarkeit	1		
Konzentrationsstörung	2		

Bemerkung: Die Probandin wohnt in einem Dorf in der Nähe von Veria. Sie äußert schlechte Beziehung zu den sehr strengen Eltern, Neid auf den Bruder und Schulschwierigkeiten. Der Vater und der Großvater leiden an Herzneurose. Es bestanden mehrere Neurotizismen in der Kindheit (Nägelkauen bis heute). Zwei Suizidversuche mit Valium im letzten Jahr. Zweimalige nervenärztliche Behandlung.

Syndrom: ängstlich-depressives Syndrom mit Schlafstörungen, Somatisierungsneigung (Kopfschmerzen, Übelkeitsgefühl und Schluckbeschwerden) sowie Konzentrationsstörungen und nicht ernsthafte Phobien. Sensitive und hysterisch strukturierte Persönlichkeit.

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
1. Neurotische Depression	300.4	3	2
2. Psychalgie (Kopfschmerzen und Rückenschmerzen)	307.8	3	2

Fall 75 (15 w) Code Nr. 2703

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	2	Abwehrend	2
Schlafstörung	3	Deprimiert	2
Depression	2	Ängstlich	1
Angst	1	Depressive Gedanken	2
Phobien	2		
Zwang	1		
Reizbarkeit	2		
Konzentrationsstörung	1		

Bemerkung: Vor 7 Jahren kurze Trennung ihrer Eltern, seitdem immer noch Eheschwierigkeiten. Probandin äußert Schulängste und Kontaktschwierigkeiten zu den Eltern und anderen Menschen. Sei sehr streng erzogen worden.

Syndrom: agitiert-depressives Syndrom mit Schlafstörungen bei anankastisch strukturierter Persönlichkeit.

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
Neurotische Depression	300.4	3	2

Fall 8 (16 w) Code Nr. 2710

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	1	Deprimiert	2
Müdigkeit	1	Ängstlich	1
Schlafstörung	1	Hypochondrie	1
Depression	3	Depressive Gedanken	3
Angst	1		
Reizbarkeit	2		

Bemerkung: Früher leichte Suizidversuche. Angst vor dem panhellenischen Examen, Schwierigkeiten mit ihrem Freund und Eheschwierigkeiten ihrer Eltern. Seit 2 Jahren besteht eine Hypothereose.

Syndrom: depressiv-suizidales Syndrom mit hypochondrischen Beschwerden bei sensitiver Persönlichkeit.

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
Depressive Neurose	300.4	2	3
Hypothereose	244.9	2	2

Fall 16 (14 w) Code Nr. 2691

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Schlafstörung	1	Abwehrend	2
Depression	2	Demonstrativ	1
Angst	2	Deprimiert	2
Phobien	1	Ängstlich	2
Zwang	2	Depressive Gedanken	2
Reizbarkeit	3		
Konzentrationsstörung	2		

Bemerkung: Schlechte Beziehung der Probandin zu den Eltern.

Syndrom: dysphorisch-erregtes Syndrom bei anankastisch-strukturierter Persönlichkeit.

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
1. Neurotische Depression	300.4	2	3
2. Störungen des Sozialverhaltens mit emotionaler Symptomatik	312.3	2	2

Fall 76 (17 w) Code Nr. 2730

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	2	Demonstrativ	1
Depression	2	Deprimiert	2
Angst	2	Ängstlich	2
Phobien	1	Hypochondrie	1
Reizbarkeit	2	Depressive Gedanken	3
Konzentrationsstörung	1		

Bemerkung: Die Probandin beschreibt ihre Geburt als sehr schwer und äußert verspätetes Sprechen. Schlechter Kontakt zu den altmodischen Eltern. Die Mutter ist wegen multipler psychosomatischer Beschwerden in nervenärztlicher Behandlung und der Vater leidet an Diabetes mellitus. Die Probandin klagt über Haarausfall, Nägelkauen und Stottern.

Syndrom: ängstlich-depressives und suizidales Syndrom mit Minderwertigkeitsgefühlen bei phobisch-depressiv strukturierter Persönlichkeit.

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
Neurotische Depression	300.4	2	2

Fall 29 (17 m) Code Nr. 2765

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Depression	1	Abwehrend	2
Angst	2	Demonstrativ	2
Reizbarkeit	1	Deprimiert	2
		Ängstlich	3
		Depressive Gedanken	2

Bemerkung: Onkel mütterlicherseits Selbstmord. Sehr mißtrauisch und theatralisch bei der Exploration. Besorgt wegen des panhellenischen Examens.

Syndrom: ängstlich-depressives Syndrom bei sensitiv und hysterisch strukturierter Persönlichkeit.

Diagnose	ICD Nr.	Schweregrad: Letzte Woche	Letztes Jahr
Neurotische Depression	300.4	2	1

Fall 24 (16 w) Code Nr. 2764

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Depression	2	Langsam	1
Angst	2	Abwehrend	2
Phobien	1	Deprimiert	2
Zwang	1	Ängstlich	2
Reizbarkeit	1	Depressive Gedanken	2

Bemerkung: Tod des Vaters vor 2 Jahren. Beziehung zur Mutter schlecht. Sprechen erst im Alter von 6 Jahren. Schulängste.

Syndrom: depressives-ängstliches Syndrom bei anankastisch strukturierter Persönlichkeit.

Diagnose	ICD Nr.	Schweregrad: Letzte Woche	Letztes Jahr
Neurotische Depression	300.4	2	2

Fall 79 (17 m) Code Nr. 2758

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Müdigkeit	2	Abwehrend	1
Depression	2	Deprimiert	2
Angst	1	Ängstlich	2
Reizbarkeit	2	Depressive Gedanken	2

Bemerkung: Proband klagt über Freudlosigkeit und massive Zukunftsängste. Strenger und altmodischer Vater.

Syndrom: Neurasthenisches Syndrom.

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
Neurasthenie	300.5	1	2

Fall 5 (16 w) Code Nr. 2729

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	1	Demonstrativ	1
Müdigkeit	1	Gehoben	1
Depression	1	Ängstlich	2
Angst	2	Hypochondrie	2
Phobien	1	Depressive Gedanken	1
Reizbarkeit	1		
Konzentrationsstörung	2		

Bemerkung: Bis zum 12. Lebensjahr von der Mutter beim Essen gefüttert worden. Probandin fühlt sich herzkrank und esse kein Fett, Huhn und Fisch. Besorgt wegen des panhellenischen Examens.

Syndrom: ängstlich-hypochondrisches Syndrom bei zyklothymer Persönlichkeit.

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
Hypochondrische Neurose	300.7	1	1
Anpassungsstörung vorwiegend im Sozialverhalten	309.2	2	0

Fall 38 (12 m) Code Nr. 2755

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	1	Abwehrend	1
Müdigkeit	1	Deprimiert	1
Depression	1	Ängstlich	1
Phobien	1	Hypochondrie	2
Zwang	1	Depressive Gedanken	1
Konzentrationsstörung	1		

Syndrom: hypochondrisches Syndrom mit Stottern und psychogenem Kopfschmerz

Diagnose	ICD Nr.	Schweregrad Letzte Woche	Letztes Jahr
Hypochondrische Neurose	300.7	1	1
Stottern	307.0	1	1

Fall 78 (16 w) Code Nr. 2680

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	3	Deprimiert	1
Schlafstörung	3	Ängstlich	2
Depression	2	Hypochondrie	1
Angst	2	Depressive Gedanken	2
Phobien	1		
Reizbarkeit	2		

Bemerkungen: Probandin stehe in nervenärztlicher Behandlung mit Tranquillizer. Seit 2 Jahren Amenorrhoe. Vor einem Monat stationäre Behandlung wegen Suizidversuch nach Trennung von ihrem Freund.

Syndrom: ängstliches und depressives Syndrom mit somatisierten Beschwerden bei hysterisch-sensitiv strukturierter Persönlichkeit

Diagnose	ICD Nr.	Schweregrad Letzte Woche	Letztes Jahr
Länger dauernde depressive Reaktion	309.1	2	3

Fall 83 (16 w) Code Nr. 2690

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	2	Demonstrativ	1
Müdigkeit	1	Deprimiert	1
Depression	2	Ängstlich	3
Angst	2	Depressive Gedanken	1
Reizbarkeit	2		
Konzentrationsstörung	3		

Bemerkung: Die Probandin soll häufig von ihren sehr altmodischen und strengen Eltern mißhandelt worden sein. Die Familie wohnt in einem Dorf in der Nähe von Veria. Die Probandin klagt über die schlechte Beziehung ihrer Eltern zueinander. In den letzten 20 Tagen sei die Beziehung der Probandin zu dem Vater noch schlechter geworden.

Syndrom: ängstliches depressives Syndrom mit Somatisierungsneigung

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
Anpassungsstörung mit vorwiegend emotionaler Symptomatik	309.2	3	2
Psychalgie (psychogene Kopfschmerzen)	307.8	2	2

Fall 32 (17 m) Code Nr. 2759

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	3	Deprimiert	1
Müdigkeit	2	Ängstlich	2
Depression	1	Depressive Gedanken	1
Angst	2		
Reizbarkeit	1		

Bemerkung: Angst vor dem Panhellinistischen Examen

Syndrom: Ängstliches Syndrom mit somatisierten Beschwerden

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
Anpassungsstörungen mit emotionaler Symptomatologie	309.2	2	1
Psychalgie Psychogene Rückenschmerzen	307.8	3	3

Fall 28 (17 m) Code Nr. 2745

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Depression	1	Abwehrend	1
		Deprimiert	1
		Depressive Gedanken	2

Bemerkung: Vater arbeitslos, an Tuberculose erkrankt. Vor 7 Monaten von seiner Freundin getrennt. (wesentlich höherer Score (116) bei der Screening Untersuchung).

Syndrom: depressives Syndrom bei depressiver Persönlichkeit

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
Länger dauernde depressive Reaktion	309.1	1	2

Fall 84 (16 w) Code Nr. 2690

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	3	Deprimiert	2
Müdigkeit	2	Ängstlich	2
Schlafstörung	2	Depressive Gedanken	2
Depression	2		
Angst	2		
Zwang	1		
Reizbarkeit	1		
Konzentrationsstörung	1		

Bemerkung: Die Probandin sei streng und altmodisch in einem Dorf in der Nähe von Veria erzogen worden. Sie äußert schlechte Beziehung zu den Eltern (Vater sei angeblich Trinker). Seit einem Monat habe sie Probleme mit ihrem Freund und Angst vor dem Panhellischn Examen.

Syndrom: depressives und ängstliches Syndrom mitSomatisierungsneigung bei sensitiver Persönlichkeit.

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
Anpassungsstörungen mit vorwiegend emotionaler Symptomatik	309.2	2	1
Psychalgie (psychogene Kopfschmerzen)	307.8	2	0

Fall 42 (15 w) Code Nr. 2696

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	2	Abwehrend	1
Müdigkeit	2	Deprimiert	1
Schlafstörung	2	Ängstlich	2
Depression	1		
Angst	2		
Phobien	1		
Zwang	1		
Reizbarkeit	1		
Konzentrationsstörung	1		

Bemerkung: Seit dem Schulanfang Verstärkung ihrer körperlichen Symptome. Klagt über Schulängste sowie schlechte Schulleistungen.

Syndrom: ängstlich-dysphorisches Syndrom mit Schlafstörungen und Magenbeschwerden bei anankastisch-strukturierter Persönlichkeit

Diagnose	ICD Nr.	Schweregrad Letzte Woche	Letztes Jahr
Anpassungsstörungen mit vorwiegend emotionaler Symptomatik	309.2	1	2
Gastitis	316	2	0

Fall 17 (15 m) Code Nr. 2750

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Schlafstörung	2	Abwehrend	1
Depression	2	Demonstrativ	1
Angst	1	Ängstlich	2
Zwang	1	Depressive Gedanken	1
Reizbarkeit	3		

Bemerkung: Sein Vater ist vor 10 Jahren gestorben. Der Proband wohnt seit einem Jahr mit seiner Großmutter.

Syndrom: ängstlich-dysphonisches Syndrom bei cyclothymer Persönlichkeit.

Diagnose	ICD Nr.	Schweregrad Letzte Woche	Letztes Jahr
Störungen des Sozialverhaltens mit emotionaler Symptomatik	312.3	2	2

Fall 31 (14 w) Code Nr. 2772

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Angst	2	Ängstlich	2
Phobien	1	Depressive Gedanken	1
Zwang	1		
Reizbarkeit	2		

Bemerkung: Kam vor 2 Jahren nach einem 7-jährigen Aufenthalt in Berlin nach Griechenland zurück. Klagt über Anpassungsschwierigkeiten.

Syndrom: ängstliches Syndrom mit Stottern bei anankastisch-strukturierter Persönlichkeit

Diagnose	ICD Nr.	Schweregrad Letzte Woche	Letztes Jahr
Emotionale Störungen des Jugendalters mit Angst u. Furchtsamkeit	313.0	1	1
Stottern	307.0	1	1

Fall 55 (15 m) Code Nr. 2749

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Müdigkeit	1	Abwehrend	2
		Demonstrativ	1
		Ängstlich	2
		Depressive Gedanken	2

Bemerkung: Proband äußert Nägelkauen und vor 1 Jahr Suizidversuch

Syndrom: dysphonisches Syndrom mit Rechtschreibschwächen und motorischer Unruhe

Diagnose	ICD Nr.	Schweregrad: Letzte Woche	Letztes Jahr
spezifische emotionale Störungen des Jugendalters mit Angst u. Furchtsamkeit	313.0	1	2
umschriebene Lese-Rechtschreibschwäche	315.0	2	2

Fall 40 (15 m) Code Nr. 2754

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Schlafstörung	2	Deprimiert	2
Schlaftabletten	1	Ängstlich	1
Depression	1	Depressive Gedanken	2

Bemerkung: massive Ängste vor seiner Zukunft. Pessimismus und manchmal Suizidgedanken. Seine Beziehung zu den Eltern sei nur oberflächlich.

Syndrom: depressives Syndrom mit Schlafstörungen bei sensitiver Persönlichkeit

Diagnose	ICD Nr.	Schweregrad: Letzte Woche	Letztes Jahr
Emotionale Störungen des Jugendalters mit Niedergeschlagenheit und Unglücklichsein	313.1	2	2

Fall 15 (15 m) Code Nr. 2769

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Depression	1	Abwehrend	1
Angst	1	Deprimiert	1
Zwang	1	Ängstlich	1
Reizbarkeit	1	Depressive Gedanken	2
Konzentrationsstörung	1		

Bemerkung: starke Trennungsängste wegen Krankheit. Deswegen in ärztlicher Behandlung. Neid auf Schwester.

Syndrom: dysphonisches Syndrom bei sensitiv-anankastisch-strukturierter Persönlichkeit

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
Emotionale Störungen des Jugendalters mit Empfindsamkeit, Scheu und Abkapselung	313.2		

Fall 11 (16 w) Code Nr. 2683

A) Subjektive Beurteilung		**B) Objektive Beurteilung**	
Körperliche Symptome	1	Deprimiert	1
Müdigkeit	1	Depressive Gedanken	2
Angst	1		
Zwang	1		
Konzentrationsstörung	2		

Bemerkung: Großvater mütterlicherseits sei Alkoholiker gewesen. Mutter wegen psychosomatischer Beschwerden mit Tavor behandelt. Altmodische Eltern

Syndrom: dysphonisches Syndrom bei sensitiver anankastischer Persönlichkeit

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
Emotionale Störungen des Jugendalters mit Empfindsamkeit und Scheu	313.3	1	1

Fall 30 (13 w) Code Nr. 2731

A) Subjektive Beurteilung		**B) Objektive Beurteilung**	
Angst	1	Demonstrativ.	1
Phobien	2	Ängstlich	1
Depersonalisation	1	Depressive Gedanken	1

Bemerkung: Im Säuglingsalter Selbstmord des Vaters und Adoption des Probandin. Erfuhr davon erst vor 4 Monaten.

Syndrom: ängstlich-phobisches Syndrom bei anankastisch-strukturierter Persönlichkeit

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
Emotionale Störungen des Jugendalters mit Angst und Furchtsamkeit	313.0	1	0

Fall 7 (14 w) Code Nr. 2735

A) Subjektive Beurteilung		**B) Objektive Beurteilung**	
Körperliche Symptome	2	Deprimiert	1
Depression	1	Ängstlich	1
Angst	1	Depressive Gedanken	2
Phobien	2		
Zwang	1		

Bemerkung: Neid auf Cousine die seit 1 Monat in der Familie lebt.

Syndrom: dyshorisches Syndrom mit Somatisierungsneigung bei sensitiver und anankastisch-strukturierter Persönlichkeit.

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
Psychogene Funktionsstörungen des Herzens	306.2	1	2

Fall 27 (13 w) Code Nr. 2798

A) Subjektive Beurteilung		**B) Objektive Beurteilung**	
Körperliche Symptome	2	Abwehrend	1
Müdigkeit	1	Deprimiert	1
Depression	1	Ängstlich	2
Angst	1	Depressive Gedanken	1
Phobien	1		
Reizbarkeit	1		
Konzentrationsstörung	1		

Bemerkung: Proband äußert Sorgen über die Schule und ihren Freund sowie Schwierigkeiten mit ihrer Schwester.

Syndrom: dyshorisches Syndrom mit Aerophagie bei phobisch und anankastisch-strukturierter Persönlichkeit

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs. Magen-Darm-Trakt (Aerophagie)	306.4	2	0

Fall 34 (16 m) Code Nr. 2761

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Schlafstörung	3	Deprimiert	2
Depression	2	Depressive Gedanken	2
Reizbarkeit	2		
Konzentrationsstörung	1		

Bemerkung: vom 8. Lebensjahr an bis vor 3 Monaten in Deutschland gelebt.Klagt über Sprachschwierigkeiten. Seit der Trennung von der Freundin vor 1 Jahr depressiv.

Syndrom: depressives Syndrom mit massiven Schlafstörungen und somatischen Beschwerden

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
spezifische Schlafstörungen	307.4	3	3
allergisches Asthma	493.9	2	2

Fall 22 (15 w) Code Nr. 2684

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	3	Abwehrend	1
Angst	1	Deprimiert	1
Phobien	1	Ängstlich	2
Reizbarkeit	1		
Konzentrationsstörung	2		

Bemerkung: Probandin äußert sehr schlechte Beziehung zu den Eltern. Alkohol und Tranquillizermißbrauch.

Syndrom: ängstliches Syndrom mit somatischen Beschwerden.

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
Psychalgie	307.8	2	2

Fall 54 (15 m) Code Nr. 2740

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Zwang	1	Ängstlich	1
Reizbarkeit	2		

Bemerkung: Mutter des Probanden vor 3 jahren gestorben. Übt aggressive Kampfsportarten aus.

Syndrom: dissoziales Syndrom bei anankastisch-strukturierter Persönlichkeit

Schweregrad

Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
Störung des Sozialverhaltens mit Sollsation (ohne Gruppe)	312.0	1	1

Fall 23 (15 w) Code Nr. 2779

A) Subjektive Beurteilung		B) Objektive Beurteilung	
Körperliche Symptome	2	Deprimiert	1
Depression	1	Depressive Gedanken	1

Bemerkung: Eltern und Probandin waren 10 Jahre lang in der BRD. Seit Rückzug nach Griechenland häufige Trennung von den Eltern.

Syndrom: Depressives Syndrom mit Somatisierungstendenzen bei sensitiver Persönlichkeit.

		Schweregrad	
Diagnose	ICD Nr.	Letzte Woche	Letztes Jahr
Längerdauernde depressive Reaktion	309.1	1	2
Psychog. körperliche Funktionsstörungen des Herzsystems	306.2	1	2

26 weitere Probenden mit einem GOLD-Gesamtscore zeigten weniger als 60 Punkte:
20/2681, 37/2727, 45/2742, 47/2743, 48/2747, 50/2725, 51/2722, 52/2746, 58/2744, 59/2721, 60/2719, 61/2294, 62/2748, 63/2751, 64/2717, 65/2753, 66/2723, 67/2724, 68/2728, 69/2770, 70/2716, 71/2739, 72/2738, 25/2695, 49/2726.

4 weitere Probanden hatten einen GOLD-Gesamtscore unter 60 Punkte, es war jedoch eine leichte psychische Belastung vorhanden:

Fälle	ICD Nr.	Schweregrad
57/2711	313.3	1 - 1
23/2779	309.1	1 - 2
	306.2	1 - 2
11/2683	313.3	1 - 1
54/2740	312.0	1 - 1

1. Kritische Bemerkungen

Aus einer vergleichenden Untersuchung von griechischen "Gastarbeiter-Kindern" sowie deutschen Kindern in Westberlin zieht D.STEINHAUSEN (82) die folgenden Schlußfolgerungen: "Die Gegenüberstellung von familiären Funktionen und Faktoren der Migration in der Analyse von Bedingungen der psychosozialen Adaptation des Kindes.... läßt erkennen, daß den Migrationsbedingungen eine weitaus geringere Bedeutung zukommt, als dem Funktionszustand, der Struktur und der Organisation der Familie." (vergl. 20, S.361)
In einer anderen Arbeit schreibt STEINHAUSEN (83):"Die bisweilen beobachtete erhöhte Morbidität bei Migranten erwies sich durch verschiedene Verzerrungsfaktoren überlagert. Zu ihnen gehören ungenügend kontrollierte Selektionsfaktoren - wie z.B. die soziale Schicht, Stadt- Land-Unterschiede,Alter, Geschlecht, Beruf, Kultur, Rasse, Religion -, die Orientierung an Hospitalpopulationen, Probleme der Erhebungsmethoden und Schwierigkeiten der diagnostischen Klassifizierung. Natürlich kann die Forschung durch die Kontrolle dieser sämtlichen Bedingungen sowohl im Herkunftsland, wie im Einwanderungsland sehr schnell auf erhebliche Probleme stoßen. Befunde können demgemäß nicht nur widersprüchlich ausfallen, sondern müssen in mancher Hinsicht auch lückenhaft bleiben."(vergl. 20, S.34). Andere Autoren (53,56,9) betonen einen Zusammenhang zwischen Migration und zahlreichen, für psychische Erkrankungen prädisponierenden Faktoren.

MURPHY (56) meint, daß die gegewärtige soziale Situation des hier und jetzt von Bedeutung ist, und nicht nur der Einwanderungsstatus, z. B. im Vergleich mit Kontrollstudien in den Herkunftsländern. Insofern wendet er seine Kritik gegen Vergleichsstudien, wo eine Minderheit unter dem Aspekt der Theorie über den Einwanderungsstatus untersucht werden soll. Ähnliche Aussagen machen BINDER (7) und XENAKIS (85). In ihren Kontrollstudien betonen sie, daß gerade die gegewärtige gesellschaftliche Situation zu einer "soziokulturellen Stressituation" führt, die eine Vergleichbarkeit mit dem Einwanderungsstatus "Arbeitsmigration" nur bedingt zuläßt.

Auch in der hier durchgeführten Studie ergab sich tendenziell, wie im Folgenden dargelegt werden soll, daß

1) der aktuelle gesellschaftliche (makrosoziologische) und familiäre (mikrosoziologische) psychopathogene Einfluß im Vordergrund steht und weniger die Migration - besonders bei lange emigrierten Kindern.(MURPHY)
2) die Forschung durch die Kontrolle im Herkunftsland sehr schnell auf erhebliche Probleme stoßen kann, weil das soziokulturelle Moment bei der Stichprobe nicht vergleichbar bzw. nicht leicht übertragbar ist. (MURPHY)
3) sich die Leistungsgesellschaft als pathogenens Feld auswirkt (MITSCHERLICH, HORN,V.MEHRING).

2. Psychiatrisches Morbiditätsrisiko bei griechischen Jugendlichen in München und Veria

2.1. Diskussion der Testergebnisse

Bei Anwendung des GOLDBERG-28-GHQ-Gesamtscore ergaben sich hochsignifikante Unterschiede beim Vergleich der Stichproben in Veria und München. Dies bezog sich auch auf die Faktoren: somatische Beschwerden, Angst- und Schlafstörungen und Depression. Dabei ergab sich, entgegen unserer Erwartung (Hypothese 1) ein signifikant höheres psychiatrisches Krankheitsrisiko bei griechischen Jugendlichen in Veria. Dagegen bestätigte sich unsere Annahme über den Akkulturationsstress bei der Stichprobe in München ein signifikant erhöhter Wert des Faktors D (soziale Dysfunktion). Außerdem besteht bei den Besagten in München eine signifikante Korrelation von 0,585 zwischen den Faktoren "Depression und soziale Dysfunktion" sowie mit einem Koeffizienten von 0,66 zwischen den Faktoren "Angst und soziale Dysfunktion". Dies läßt vermuten, daß erhöhte Werte für soziale Dysfunktion auf einem ängstlichen oder depressiven Hintergrund basiert und zu vereinzelt Auffälligkeiten bzw. auch zu Dissozialität prädisponiert.

Bei der Literaturdurchsicht stellen sich widersprüchliche Befunde über psychische Störungen bei Migranten dar. So fand PUSTKA (70) in Mannheim bei einer Untersuchung mit italienischen und türkischen Kindern keine signifikante Beziehung zu Verhaltensauffälligkeiten und sozioökonomischen Bedingungen.Er glaubte, daß Jugendliche aus Gastarbeiterfamilien häufig nicht aktuell, sondern nur latent antisozial sind. Bei Nachunter-

suchungen primär depressiver Kinder stellt NISSEN (59) in 8% Verwahrlosungssyndrome bei depressiver Grundstellung fest. GENOVICH (20) betonte aufgrund ihrer Arbeitserfahrung mit ausländischen Kindern und Jugendlichen die Gefahr der Verwahrlosung und Dissozialisierung, weil viele im Sinne der sogenannten "Pendelerziehung" erzogen wurden.
MARKOPOLU (49) fand bei griechisch-zypriotischen Adoleszenten in London eine hohe Rate asozialen Verhaltens. LYKETZOS et al. (44) untersuchten Familienmitglieder von Arbeitsmigranten in Griechenland. Bei diesen stellten sie häufige asoziale Reaktionen und soziale Rückzüge fest.
BRAUN (10) beobachtete beim Vergleich ausländischer zu britischen Schülern häufiger aggressive Verhaltensweisen aufgrund bestehender Sprachbarrieren. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch RUTTER et al(74) bei Kindern von den westindischen Inseln in Inner-London.
Im Gegensatz zu den erwähnten Autoren fanden RÖHRIG et al. (73) in Mannheim sowie auch SCHMITT und ERHART (79) vermehrt affektive Störungen als eine aggressive Problematik.

Bei einer Feldstudie mit portugiesischen Emigranten in der Schweiz und einer Kontrollgruppe in Lissabon stellten BINDER et al. (7) einen besseren psychischen Gesundheitszustand bei den erwachsenen Emigranten fest. Der Autor behauptet auch, daß diese Emigranten nur latente psychische Krankheits-symptome zeigen. Ähnliche Befunde werden auch bei PFLANZ et al. (66), HAAVIO-MANILLA und STENIUS (27) in ihren Arbeiten mit Emigranten und einer Kontrollgruppe im Heimatland beschrieben.
PFLANZ (66) fand dabei im allgemeinen weniger psychische Krankheitssymptome bei griechischen "Gastarbeitern" als bei den in Griechenland untersuchten Kontrollpersonen. Dies wird auch in der Arbeit von XENAKIS und HARING (85) in einer in Westberlin durchgeführten Pilotstudie mit einer griechischen Kontrollgruppe beschrieben. BINGEMER et al. (8) berichten in ihrer Befragung ethnisch verschiedener "Gastarbeiter"-Gruppen bei den Griechen über nur selten fixierte Krankheitssymptome, wie Kopfschmerzen, Traurigkeit, Schwindelgefühle etc..
MOALTHOLA (48) errechnete aus Informationen , die er von Hausärzten in Norddeutschland erhalten hatte, keine höhere Incidenz von Erkrankungen bei "Gastarbeiter"-Kindern.

KALLARACKAL und HERBERT (35) fanden höhere Raten von Verhaltensauffälligkeiten bei englischen Kindern aus asiatischen Ländern. Britische Incidentberechnungen von HAMSI (29) ergaben dagegen keine höhere Erkrankungshäufigkeit für Emigranten als für Einheimische. Nach FRIEßEM

(19) war die Rate von Neurosen und abnormen psychosomatischen Reaktionen bei Ausländern in der BRD signifikant höher.

Zu diesen widersprüchlichen Ergebnissen kommmt noch der vom Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim herausgegebene Bericht (28), daß bei "Gastarbeitern" im Vergleich zur deutschen Bevölkerung erstaunlich weniger psychische Störungen registriert werden konnten. Unter dem Klientel der Kinderpsychiatrischen Universitäts-Poliklinik Westberlin bei "Gastarbeiter"-Kindern werden häufiger normale psychiatrische Befunde, dagegen häufiger eine Enuresis und seltener hingegen dissoziale Störungen als bei vergleichbaren deutschen Kindern festgestellt.

STEINHAUSEN (83) vermutet hier, daß eventuell die größere familiäre Kohäsion einen schützenden Faktor darstellt.
Bei griechischen "Gastarbeiter"-Kindern von 8 bis 11 Jahren fand STEINHAUSEN (82) wieder, daß die griechischen Kinder eine niedrigere Prävalenzrate von 12,8% gegenüber 29,4% der deutschen Vergleichsgruppe in Bezug auf psychische Störungen haben. STEINHAUSEN (82) betont, daß die Trennungsrate der griechischen Eltern deutlich niedriger bzw. so gut wie nicht vorhanden ist im Vergleich zu deutschen Eltern. In der Struktur und Organisation der griechischen "Gastarbeiter"-Familie seien offensichtlich zugleich Kräfte enthalten, die den Belastungen im Rahmen der Migration schützend entgegenwirken. Er vermutet, daß die wirkliche Krise der psychosozialen Adaptation für ein "Gastarbeiter"-Kind erst mit der Pubertät und Adoleszenz ausgelöst wird. Die Ablösung von der primären Bezugsperson innerhalb der Familie intensiviert so den kul- turellen Konflikt (vergl. S. 358).
BINDER (7) meint, daß man nicht verallgemeinernd von einem "Arbeitsmigranten"-Syndrom sprechen kann, da das Auftreten psychischer Störungen als das Resultat der interkulturellen Differenz zwischen heimischer Kultur und der des Gastlandes zu sein scheint.

2.2. Diskussion der Interviewergebnisse

Aus der Interviewanalyse lassen sich folgende Ergebnisschlüsse ziehen:
der aktuelle Schweregrad und die Neurosenmorbidität zwischen griechischen Jugendlichen in der BRD und Griechenland bei den sogenannten Risikoschülern unterschied sich nicht in auffälliger Weise (69,2% bei griechischen Risikoschülern in Veria und 73,9% bei vergleichbaren grie-

chischen Schülern in der BRD).
Dagegen war eine deutlich erhöhte Morbidität bei Angstneurosen innerhalb der griechischen Risikoschülern in Griechenland mit 26% gegenüber nur 6,9% in Deutschland festzustellen. Diese Schüler in Veria waren ängstlicher, unruhiger und reizbarer und zeigten eine höhere Incidenz bezüglich eines ängstlich-phobischen Syndroms in Vergleich mit den entsprechenden Risikoschülern in München (44% bei griechischen Schülern in Veria gegenüber 14,5% in München).
Bei körperlichen Funktionsstörungen bestanden in beiden Stichproben keine ausgeprägten Differenzen (25% bzw. 26%).

Eine tendenziell größere Häufigkeit konnte bei neurotischen Depressionen griechischer Risikoschüler in der BRD festgestellt werden. (27,8% gegenüber 23%). Ein ähnlicher tendenzieller Befund ergab sich bei depressiven Reaktionen, die bei Risikoschülern in München etwas häufiger auftraten (16,2% zu 4,6%). In diesem Sinne traten auch Störungen mit depressiver Symptomatik (incl. eines depressiv-suizidalen Syndroms) bei Risikoschülern in München häufiger auf als in der vergleichbaren Stichprobe in Griechenland (62%).

Es zeigt sich hier, daß sich zu den Testergebnissen ein widersprüchlicher Befund darstellt.
RIEDESSER (7) beschreibt, daß bei erwachsenen "Gastarbeitern" zwei Syndrome im Vordergrund stehen: zum einen eine depressive Verstimmung, Sensitivität, vermehrte Reizbarkeit und agressive Durchbrüche sowie andererseits vermehrte psychosomatische Beschwerden. MADIANOS (45) fand in einer transkulturellen Studie in den U.S.A. eine erhöhte Rate psychosomatischer und neurotischer Symptome bei griechischen Arbeitsmigranten in New York City. Bei dieser Population ergab sich als eher repräsentativer Item der Faktor "Angst (worrying type)" gefolgt von dem Faktor "Depression". Die Befunde von XENAKIS (85) in Westberlin sind den unseren ähnlich. Die untersuchten Griechen waren hier eher depressiv als ängstlich. Uber ein depressives Syndrom bei Gastarbeiten schreiben auch PINTER (68), POEK (69) und ALLER (2).

Obwohl aus der Literatur vermehrte Störungen des Sozialverhaltens oder emotionale Störungen mit Beziehungsschwierigkeiten bei den griechischen "Gastarbeiter"-Kindern zu erwarten gewesen wären, war in der vorliegenden Arbeit kein signifikanter Unterschied zwischen den Risikoschülern in Veria und in München festzustellen. Bezogen auf die gesamten erfassten

Diagnosen machten Sozialverhaltensstörungen nur 6,9% aus.

PINTER et al. (7) fanden bei den portugiesischen Emigranten eine hohe Incidenzquote bezüglich Zwanghaftigkeit und meinten, daß dies bei Migranten charakteristisch sei. Dieser Befund konnte in unserer Arbeit bei den untersuchten griechischen Risikoschülern in München und Veria nicht bestätigt werden (7,6% zu 6,9%).

Eine tendenziell höhere Morbidität an Neurasthenie konnte bei griechischen Risikoschülern in München gefunden werden (13,9% zu 3%). Man könnte die Identitätskrise aus der mehrmaligen Trennung von der vertrauten Umwelt und von den Bezugspersonen für die höhere Rate an Neurasthenikern unter den Schülern in München verantwortlich machen.

3. Diskussion: Besondere Ergebnisse

3.1. Morbiditätsrisiko bei der weiblichen Population

Die Auswertung der Interviewergebnisse der Gesamtstichproben ergab mit einer einzigen Ausnahme das signifikant höchste Morbiditätsrisiko bei griechischen Mädchen in Griechenland. Dies bezog sich auf die Gesamtscore GOLDBERG-28 und GOLDBERG-30-GHQ wie auf die Faktoren "somatische Beschwerden, Angst- und Schlafstörungen sowie Depression". Auffallend und außerdem signifikant nachweisbar war das Morbiditätsrisiko bei Mädchen in sämtlichen erfaßten Variablen höher als bei den Jungen. Die einzige Ausnahme bildete die Gruppe der griechischen Jugendlichen in München, die insgesamt höhere Werte beim Faktor "soziale Dysfunktion" aufwies als die vergleichbaren Jugendlichen in Griechenland.
In den Interviewergebnissen zeigte sich eine besonders ausgeprägte geschlechtsspezifische Differenz in Bezug auf das Krankheitsrisiko bei den Risikoschülern in München. Unter der weiblichen Stichprobe fanden sich dabei 62%. Dies wird weiterhin deutlich durch die Tatsache, daß unter den Nicht-Risikoschülern in München lediglich 26% weiblich, dagegen der Rest der männlichen Gruppe angehörte.
Unter den Risikoschülern in Veria zeigte sich im Vergleich zu den entsprechenden Risikoschülern in München eine niedrigere geschlechtsspezifische Differenz. Dabei war die Erkrankungshäufigkeit relativ gering, dagegen der Schweregrad der Symptome deutlich ausgeprägt. Dieser Befund läßt sich als Folge der Auflockerung traditioneller Rollenverteilungen in Griechenland und der höheren Leistungserwartungen der Eltern vor

allem in Bezug auf die Söhne interpretieren.

KOKEVE et al. (38) fand in Salamina bei einer epidemiologischen Untersuchung der psychiatrischen Universitätskliniken Athen eine ähnliche geschlechtsspezifische Differenz bei griechischen Adoleszenten. Dabei wiesen Männer eine höhere Rate leichter depressiver Symptome auf als die Frauen. Dabei zeigten die weiblichen Adoleszenten eine seltene, jedoch ausgeprägte Morbidität in der Depressionsskala.

Aufgrund der dargestellten Zusammenhänge läßt sich annehmen, daß die griechischen Mädchen in München wegen des autoritären und moralisierenden Verhaltens ihrer Eltern eine besondere Risikogruppe für psychische Störungen bilden.

Ähnliche Feststellungen können auch aus der Fachliteratur entnommen werden. E.ZIMMERMANN et al. (86) schreibt darüber: "...bilden hier lebende ausländische Mädchen in der Pubertät eine besondere Risikogruppe für psychische Störungen. Sie haben die phasentypischen Aufgaben, Konflikte und Turbulenzen einer normalen Pubertät zu bewältigen und zusätzlich finden sie sich in einer kulturellen Orientierungskrise zwischen den oft völlig widersprüchlichen Norm- und Wertvorstellungen ihrer Herkunftsgesellschaft und den Erwartungen und Forderungen der Residenzgesellschaft. ...unter diesen findet man nicht selten dramatisch psychogene Anfälle, Lähmungen oder auch Koliken, wie sie in Mitteleuropa seit Jahrzehnten sehr selten gesehen werden." (vergl. S49).

PINTER (68) und DOHRENWEND (11) sowie MADIANOS (44) fanden bei Migrantarbeiterinnen ein signifikant höheres psychiatrisches Morbiditätsrisiko als bei Männern.

NIKOL (58) stellte bei karibischen Mädchen in England eine höhere Rate mit Auffälligkeiten fest. SCHMITT-EHRHARDT (79) erwähnen eine höhere Frequenz neurotischer Symptome bei Mädchen im Vergleich zu Jungen, die aus Fremdarbeiterfamilien in Deutschland kamen. Bei einer Untersuchung von 1.150 Kindern im Alter von 1 bis 15 Jahren an der Kinderpsychiatrischen Abteilung der Universitätsklinik Athen beobachtete TSIANTIS et al. (84) häufiger emotionale Stöungen sowie auch eine vermehrte Somatisierungstendenz bei den Mädchen, vor allem im adoleszenten Alter. PATATHELOPHILU et al. (63) fand unter Kindern in Athen bei den Jungen vermehrt Verhaltensstörungen und bei älteren Mädchen eher neurotische Fehlentwicklungen.

3.2. Morbiditätsrisiko in Bezug auf die Altersstufe.

In Bezug auf altersspezifische Unterschiede und das jeweilige Morbiditätsrisiko ergaben sich Übereinstimmungen der Test- und Interviewergebnisse.
Unter den Befragten in Griechenland zeigte sich mit fortschreitendem Lebensalter eine signifikante Erhöhung des Krankheitsrisikos. Wie aus den Interviewergebnissen zu ersehen ist, steigen dabei Überforderungsgefühle und Angst in dem Lebensabschnitt an, der kurz vor dem sogenannten ersten Panhellenischen Examen mit 16 Jahren liegt.Bei den Jugendlichen in München, die im vergleichbaren Lebensalter nicht unter dem Druck der Schulreform stehen, steigt das Krankheitsrisiko erst im kritischen Postpubertätsalter an.

3.3 Morbiditätsrisiko in Bezug auf soziokulturelle Bedingungen.

3.3.1. Griechische Familienstrukturen im Heimatland und bei Arbeitsmigranten.

BERNTT (6) schreibt:" Wir müssen zunächst die Familiendynamik betrachten. Erst wenn diese Prozesse bekannt sind, wird man genauer feststellen können, wie soziale Gegebenheiten in sie eingehen und sich in die individuelle Persönlichkeitsbildung übersetzen." (vergl. S 170). Bei unserer Untersuchung ergaben sich deutlich höhere familiäre Disharmonien (Meinungsunterschiede oder Streit bei den Eltern) bei Risikoschülern im Vergleich zu den Nichtrisikoschülern. Diesen Eindruck einer vorrangigen Bedeutung der Familiendynamik erwähnt auch STEINHAUSEN (83) in seiner Untersuchung bei Ausländerkindern. Es läßt sich weiterhin feststellen, daß innerhalb der Familien in München im Vergleich zu der griechischen Stichprobe vermehrt "familiäre Disharmonie" zu beobachten sind. Sowohl in München als auch in Veria war eine gestörte Familienatmosphäre bei den Risikokindern deutlich erhöht (35% der Risikoschülern in der BRD gegenüber 15% der Nichtrisikoschüler in der BRD bzw. 31% der Risikoschüler in Griechenland gegenüber 15% der Nichtrisikoschüler in Griechenland). Vor allem die griechischen Jugendlichen aus der Risikostichprobe in München klagten über nicht ausreichende Zuwendung, mangelnde Toleranz oder Verständnis ihrer Eltern. Unter diesen Kindern besteht ein nur oberflächlicher Kontakt zu den Eltern sowie auch eine höhere Rate körperlicher Mißhandlungen durch den Vater (vgl. Kapitel C 2.5.1, Tabelle 15).

Wie aus unserer Annahme über die Pendelerziehung sowie ihre Konsequenzen auf den psychischen Zustand auf die "Gastarbeiter"-Kinder zu erwarten war, sind 63% der psychisch gesunden Jugendlichen in München hauptsächlich bei den Eltern aufgewachsen und von diesen hatten 24% keine räumliche bzw. familiäre Trennung von den Eltern erlebt.Im Gegensatz dazu sind nur 24% der Jugendlichen mit erhöhtem Krankheits- risiko bei den Eltern aufgewachsen und nur 8 % von diesen hatten keine Trennungserlebnisse. Hier unterscheiden sich unsere Befunde deutlich von denen STEINHAUSEN (82) aus West-Berlin, wo knapp 50 % der griechischen Kinder schon ab dem dritten Lebensjahr dauernd bei den Eltern gewohnt haben. Allerdings muß dazu bemerkt werden, daß die Populationen STEINHAUSEN und unsere altersunterschiedlich waren.
Die Jugendlichen mit erhöhtem Krankheitsrisiko erlebten bei uns ihre Eltern meistens als fremd und hatten ein besseres Verständnis oft mit den Großeltern (56 % der Risikoschüler in Deutschland) (z.B. Vergleiche bei Tab. 10). Es bestand unter diesen Jugendlichen auch eine höhere Rate von Neurotizismen, Anpassungsschwierigkeiten und dramatisierenden Trennungserlebnissen.

Im Bezug auf den Erziehungsstil innerhalb der Familie ergaben sich entsprechend unseren Hypothesen sehr deutliche Unterschiede zwischen den Familien von Nicht-Risikoschülern, in denen eine eher moderne und freie Atmosphäre vorherrscht, sowie den Familien von Risikoschülern, in denen immer noch ein patriachalisches Erziehungssystem existiert, insbesondere fand sich das bei der Stichprobe in München (vgl. Tab. 17, 18, 19 sowie die Fälle). Andererseits zeigen die Eltern in Griechenland mehr Verständnis und Liberalität als die vergleichbaren griechischen Eltern in München. So zeigen die Eltern in München eine ambivalentere Einstellung, die oft zu rigidem und autoritären Verhalten gegenüber ihren Kindern führt (vgl. Tabelle 18, 20, 21). So sind Freizügigkeiten wie Abendausgang, Sport treiben und Tanzen gehen insbesondere für griechische Mädchen in München bei über 60 % durch die Eltern streng verboten. So bemühen sich über 62 % der Familien von Risikoschülern erfolglos, den deutschen Lebensstil zu übernehmen.

3.3.2. Griechische Jugendliche in der BRD

Innerhalb der Gruppe der Nicht-Risikoschüler in München waren nur selten Entfremdungs- und Entwurzelungsgefühle vorhanden (9,5 % gegenüber 60 % der vergleichbaren Risikoschüler in München). Sie bewahren ihre

ethnische Identität, zeigen sich aber gleichzeitig besser integriert in ihre neue Umgebung als die Risikoschüler. Trotzdem die psychisch stabilen Jugendlichen in München häufigere und engere Kontakte mit ihren Landsleuten aufrecht erhalten hatten, beherrschen sie die deutsche Sprache besser als die Jugendlichen aus der Risikogruppe (vgl. Tab. 13). Sie versuchen ihre soziale Isolation durch Kontaktaufnahmen mit deutschen Gleichaltrigen zu durchbrechen (52 % der Nicht-Risikoschüler gegenüber 9% der Risikoschüler). Ebenso erscheinen auch ihre Familien besser integriert in die deutsche gesellschaftliche Umgebung (vgl. Tab. 12). Es zeigt sich, daß die traditionelle Einstellung bei Nicht-Risikoschülern in München größer ist als in der vergleichbaren Gruppe in Verla (65 % gegenüber 28 %), was als ein Hinweis gelten kann, daß durch Bekenntnis zu der sozialen und traditionellen Herkunft Akkulturation entgegen gewirkt werden kann.

Ähnliche Befunde wurden auch bei italienischen Einwanderern in Boston, die in nichtitalienischen Vierteln lebten erhoben (81). Befunde aus Kanada (52) lassen vermuten, daß bei Gastarbeitern landsmannschaftliche Kontakte in größeren Gruppen und eine traditionelle, nicht diffuse Lebensweise vor seelischen Krisen schützen.

Bei den Risikoschülern in München findet man dagegen fast keine traditionelle sondern eine hier im Umbruch befindliche Einstellung (0% ist traditionelle und 28 % ist emanzipatorische Einstellung). Diese beschwerten sich meistens darüber, Menschen ohne nationale Heimat zu sein (45 % der Risikoschüler gegenüber nur 7 % der Nicht-Risikoschüler) sowie darüber, sich nirgendwo zu Hause oder geborgen zu fühlen (60 % der Risikoschüler gegenüber 10 % der Nicht-Risikoschüler). Sogar 75 % der Risikoschüler gegenüber nur 14 % der Nicht-Riskoschüler gaben an, zu einer "anderen Welt" als die Eltern zu gehören. Es zeigt sich, daß diese Schüler nur partiell in die deutsche Gesellschaft integriert sind und sich ethnisch entwurzelt fühlen. Dies belegt unsere Annahme, daß die Ich-Identitätsentwicklung bei einer Erziehung zwischen zwei Gesellschaftskulturen zu einer Desozialisation führt. "Diese Jugendlichen sind zwischen zweierlei Mentalitäten, zwischen zweierlei Welten hin und her gerissen: Einerseits durch Tabus und Gebote, die sich durch Auswanderung auflockern, andererseits durch den Zwang zum Konformismus in der Konsumgesellschaft, in der sie sich diskriminiert fühlen und an die sie sich nur allmählich anpassen können." FLORU (17)(vergl. S 17).

Auch GRANDJEAN (26) spricht von Entwurzelung mit daraus resultierender Angst, Isolation und Minderwertigkeitsgefühlen.
Wie in der Annahme zu erwarten war, weisen die Neueinwanderer in der BRD ein erhöhtes Krankheitsrisiko auf. 12 % der Risikoschüler waren Neueinwanderer dagegen nur 4 % der Nicht-Risikoschüler. MADIANOS (45) fand, daß mehr psychosomatische und depressive Symptome bei griechischen Neumigranten in den USA vorkamen als bei Griechen, die schon lange dort lebten. Als Ursache vermutete er für die Psychopathogenese den Akkulturationsstreß.

3.3.3. Griechische Jugendliche in Griechenland (mit Literaturvergleich).

In der Erforschung der modernen griechischen Familie wurden die folgenden Schlüsse gezogen:

1) Die Kernfamilie kann man als durchschnittliche griechische Familie bezeichnen. Der Erziehungsstil ist liberalisiert und modernisiert worden. Die traditionelle Geschlechtsrollenverteilung ist aufgelockert.
2) Die Eltern bleiben in Erziehungsfragen meistens sehr unsicher und manchmal altmodisch, vor allem gegenüber einer freien Sexualität der Mädchen. Das Patriachat ist immer noch besonders bei der Unterschicht ausgeprägt und stellt eine dominierende Gesellschaftsform dar, die neue westliche Normen nur teilweise assimiliert.
3) Eltern in Griechenland versuchen ihre Kinder in familiärer Abhängigkeit zu halten. Sie verlangen Respekt und absoluten Gehorsam. Häufig sind sie überbesorgt und verlangen als Gegenleistung von ihren Kindern hohe Schulleistungen und eine erfolgreiche akademische Laufbahn.

TZIADIS (84) behauptet, daß einer der Hauptgründe für den Streß griechischer Kinder im Alter von 5 - 18 Jahren schulischer Leistungsdruck und der Wunsch nach einem Universitätsstudium sei.

3.3.4. Schulsystem und Gesundheit bei griechischen Jugendlichen

schlechteren Bildung bei Fremdarbeiterkindern.
Die Jugendlichen in Veria dagegen zeigten bessere Schulleistungen, aber gleichzeitig vermehrt Schulängste und Überforderungsgefühle(vgl. Tab. 22). Unter den Risikoschülern zeigten erstaunlicherweise sowohl die Stichproben in München als auch in Veria bessere Schulleistungen als die Nicht-Risikoschüler. Obwohl sie ein erhöhtes psychisches Morbiditätsrisiko aufwiesen, standen sie jedoch gleichzeitig unter erhöhten Leistungsanforderungen,denen sie offensichtlich auch gerecht wurden. Über 70 % der griechischen Jugendlichen hatten auf die Frage nach ihren Zukunftsplänen Studienabsichten angegeben. STEINHAUSEN (82) sagt dazu: "Die schwerpunktmässig auf Abitur und Universitätsausbildung gerichteten Aspirationen der Eltern stehen in deutlichem Kontrast zu der bekannten Chancenungleichheit für Gastarbeiterkinder im schulischen und beruflichen Qualifikationsbereich." Diese Kinder reagieren darauf mit Verhaltensstörungen, psychosomatischen Beschwerden oder depressiven Reaktionen sowie auch mit Suizidversuchen.

In einer gut organisierten Studie bei jedoch kleiner Fallzahl in Griechenland fand TZIANTIS et al. (84) als Hauptgrund für den Suizid bei Kinder und Adoleszenten bis 15 Jahren schulischen Leistungsdruck. Ähnliche Befunde stellte PAPATHEOPHILU et al. (63) in Athen heraus.
Zusammenfassend lösen die große Konkurrenz auf ein Universitätsstudium, der Leistungsdruck der Familie sowie die aus der Schulreform resultierende Verunsicherung bei den griechischen Jugendlichen Ängste, Überforderungs- und Verzweiflungsgefühle aus. Hiermit wird die Annahme bestätigt, daß die Leistungsgesellschaft als "pathogenes Feld" wirkt.

4. Schlußfolgerungen

Das Kind steht in einem Spannungsfeld zwischen seiner Familie und seiner Umwelt. Auf beiden Untersuchungsebenen (makro- und mikrosoziologisch) entstehen typische Konflikte, die zu einer Blockierung des normalen psychischen Leistungsprozesses führen, wie in der folgenden Tabelle zusammengefaßt wird.

Tabelle

Hauptfaktoren, die die psychische Entwicklung des Kindes beeinflussen.

Mikrosoziologische Ebene	Makrosoziologische Ebene
FAMILIE	UMWELT
Mutter-Kind-Beziehung	Umwelt-Kind-Beziehung
Objekt-Beziehung	Sozialisation
Ich-Identität	Soziale Identität
Familiendynamik-Interaktion	Gesellschaftliche Dynamik
Harmonie, Geborgenheit etc.	Stabilität, Wohlstand Gleichberechtigung etc
Normen, Regeln und kulturelle Bedingungen der Familie	Normen, Traditionen und kulturelle Bedingungen der Umwelt
Erziehungsstil, Rollenverteilung, Ansprüche, Pflichten etc.	Traditionelle oder westeuropäische Normen etc.

Zusammenfassend lassen sich die Ergebnisse wie folgt beschreiben:
Bei Kindern aus Migrantenfamilien ist festzustellen:

1. - eine höhere Rate gestörter Mutter-Kindbeziehungen (Pendelerziehung) mit der Folge eines asthenisch-sensitiven Ichs.
   - eine erhöhte Rate von Desozialisationserscheinungen, partieller Integration und Akkulturationskonflikten mit der Folge einer Selbstentfremdung und Identitätskrise sowie dem Auftreten einer sozialen Dysfunktion.
2. - eine höhere Rate von familiärer Disharmonie und daraus resultierender Frustration mit vermehrter Aggression und Selbstaggression (Depression).
   - auf Grund des Gastarbeiterstatus gesellschaftliche Unsicherheit, mangelde Geborgenheit in der Umwelt und daraus resultierenden Lernschwierigkeiten.
3. - ein autoritär- rigider Erziehungsstil, traditionelle Geschlechtsrollenverteilung, verstärkte Generationskon-

flikte und vermehrte Ambivalenz mit der Folge einer höheren Frequenz psychischer Erkrankungen, insbesondere bei Mädchen.

- eine kulturelle Spaltung und Polarisierung zwischen traditionellen Normen, wie auch Festhalten an traditionellen Einstellungen und andererseits gleichzeitigen Emanzipationsbestrebungen mit Verlust des kulturellen und inneren Gleichgewichts.

Bei Jugendlichen im Heimatland gibt es:

1. - ein häufigeres Auftreten einer gestörten Mutter-Kind-Beziehung bei psychisch kranken Jugendlichen
   - einen ungestörten Sozialisationsprozeß
2. - eine Korrelation zwischen psychischen Erkrankungen und familiärer Disharmonie
   - vermehrte Zukunftsunsicherheit, Ängste und Überforderungsgefühle bei Jugendlichen wegen eines staatlichen Reform- und Modernisierungsprogramms und einer schulischen Konkurrenzsituation in Hinblick auf ein Universitätsstudium.
3. - einen modernisierten und liberalisierten Erziehungsstil mit Tendenz zur Traditionsentwertung. Die Einstellung zur sexuellen Freiheit der Mädchen ist ambivalent. Bei den meisten Familien mit psychisch erkrankten Kindern herrscht immer noch ein patriachalischer Erziehungsstil vor. Es gibt ferner hohe Ansprüche zu einer erfolgreichen akademischen Laufbahn der Kinder mit familiärer Abhängigkeit.
   - eine gesellschaftliche Modernisierungstendenz, gleichzeitig aber auch Mißtrauen gegenüber übernommenen westeuropäischen Normen und kulturellen Eigenarten.

Zum Vergleich der Test- und Interviewergebnisse

Beim Vergleich der Test- und Interviewergebnisse ergaben sich teilweise etwas unterschiedliche Ausprägungsgrade der Krankheitsmerkmale:

1) Im 30-item-GHQ bestand keine statistisch signifikante Gruppendifferenz zwischen den beiden Stichproben in Griechenland und in der BRD.

Dagegen ergab die Auswertung des 28-item-GHQ statistisch hochsignifikante Unterschiede zwischen den verglichenen Stichproben.
Dies wird verständlich, da ein hoher Korelationskoeffizent von + 0,90 zwischen Angst- und Schlafstörung (B-Skala) und dem 28-item-GHQ Gesamtscore bekannt ist (22). Zudem gehen in dem 30-item-GHQ noch weitere 17 Fragen ein, die sich auf die Erfassung "dysphorischer Gefühle" beziehen. Andererseits gehen vor allem Störungen des kreativen und affektiven Empfindens auch in die Erfassung der Skala C (soziale Dysfunktion) mit ein. Insofern muß eine höhere Korrelation zwischen Skala C und dem 30-GHQ-Gesamtscore angenommen werden. Aus dieser Annahme läßt sich folgende Schlußfolgerung ziehen, daß sich die erhöhten Werte der B-Skala (Angst- und Schlafstörung) bei den Schülern in Veria und erhöhte Störungen der sozialen Dysfunktion (C-Skala) bei griechischen Kindern in München letztlich nahezu aufheben.

2. In der Auswertung der Testergebnisse zeigten sich erhöhte Werte des psychischen Morbiditätsrisikos in Bezug auf die Skala D (Depression) bei den griechischen Jugendlichen in Veria im Vergleich mit griechischen Jugendlichen in München. Dagegen fanden sich vermehrt depressive Syndrome bei den Interviewergebnissen griechischer Jugendlicher in München (77,7 % der Risikoschüler in München gegenüber 32,1 % in Griechenland). Bei einer Untersuchung bei derselben Population zur Erfassung eines anorektischen Verhaltens (Anis-Faktoren) fanden FICHTER et al. (16) ähnlich wiedersprüchliche Befunde. Er erklärt dies damit, daß einerseits für die Erstellung der Test- oder Interviewergebnisse in München mehr Zeit für eine intensivere Befragung zur Verfügung stand und zudem kulturelle Unterschiede in Bezug auf das Körperimago (Krankheitsideal) bestehen.
Wie bereits erwähnt, zeigten beide Populationen bei den Testergebnissen im Gegensatz zu den Interviewergebnissen ziemlich niedrige Morbiditätsrisikowerte bei der Depressionsskala (MEDIAN 0,75). KOKEVI et al. (37) beobachteten bei Adoleszenten in Salamina bei Anwendung des MMPI-Fragebogens eine höhere Morbidität mit leichten depressiven Symptomen als bei Erwachsenen. Sie fanden bei den griechischen im Vergleich zu französischen und amerikanischen Probenden eher depressive Verhaltensweisen.
Diese Befunde ähneln den Behauptungen von H. HARTMANN (30,31), daß bei Südländern eine stärkere Regressionsfähigkeit auf der oralen Stufe bei Frustrationen besteht.

Unter Berücksichtigung dieser Punkte und der Annahmen, daß nach

1. Zwischen den einzelnen Faktoren B, C und D Korrelationen auf Grund bekannter Rotationstendenzen bestehen und daß eine soziale Dysfunktion meistens eine depressive oder ängstliche Grundsymptomatik verbirgt,
2. daß die in München und Griechenland untersuchten Populationen keine signifikanten Gruppenunterschiede im 30-item-GHQ zeigten,
3. daß eine gute Sensitivität zwischen den Test- und Interviewergebnissen vorhanden ist (3 Fälle falsch negativ und 1 Fall falsch positiv).

lassen sich folgende Schlüsse ziehen:

1) Test- und Interviewergebnisse stimmen ausreichend gut überein.
2) Es läßt sich bestätigen, daß entsprechend unserer Annahme die griechischen Jugendlichen aus Gastarbeiterfamilien in München eine Risikogruppe für psychische Erkrankungen, vor allem mit Depressionen bilden.

Es muß jedoch einschränkend darauf hingewiesen werden, daß die hier verglichenen Stichproben zwei nur schwer vergleichbare Gruppen darstellen. So sind die in Griechenland und München untersuchten Jugendlichen verschiedenen gesellschaftlichen Belastungen ausgesetzt. Dies führt zu Erhebungsschwierigkeiten bei der Untersuchung und kann einen bedingten Einfluß auf die Ergebnisse zeigen. Um verfälschende Einflüsse auszuschalten, sollten die jeweiligen Populationen möglichst unabhängig von verschiedenen gesellschaftlichen und politischen Bedingungen und ihren Wechselwirkungen erforscht werden.

5. Zusammenfassung

Unter der Annahme daß ein erhöhtes psychisches Morbiditätsrisiko bei den Kindern von Migranten in den westlichen Kulturen zu verzeichnen ist, erschien es sinnvoll, eine vergleichende epidemiologische Untersuchung im Rahmen der transkulturellen Psychiatrie- und Migrationsforschung durchzuführen.

Gegenstand dieser Untersuchung ist die Erfassung der Prävalenzrate psychischer Erkrankungen bei zwei geschlossenen Populationen griechischer Schüler in Veria (Nordgriechenland) und in München (BRD). Die vorliegen-

de Untersuchung wurde im Jahr 1979 und 1980 bei 867 Schülern an griechischen Gymnasien und Lyzeen in München und bei 2702 Schülern in Veria im Alter von 14 bis 19 Jahren durchgeführt. Bei einer Auswahl von 69 griechischen Schülern in München und 93 Schülern in Veria erfolgte ein einmaliges psychiatrisches Interview.

Als Messinstrumente wurde der General-Health-Questionnaire nach GOLDBERG -28 UND GOLDBERG-30-items Gesamtscore verwandt. Für die Interviewerhebung wurde das freie standardisierte GOLDBERG-Interview, ein Fragebogen zur Erhebung soziokultureller Einflüsse und der Mannheimer Fragebogen verwandt.

Die Interviewergebnisse wurden in Kasuistiken zusammengefasst. Im letzten Teil der Arbeit wurden einige vergleichende statistische Ergebnisse dargestellt und zum Teil erklärungstheoretisch analysiert, wobei vier Stichproben zugrundegelegt wurden:

a. griechische Schüler mit erhöhtem psychischem Morbiditätsrisiko in Veria (GGR)
b. griechische Schüler mit niedrigem psychischem Morbiditätsrisiko in Veria (GGNR)
c. griechische Schüler mit erhöhtem psychischem Morbiditätsrisiko in München (GDR)
d. griechische Schüler mit niedrigem psychischem Morbiditätsrisiko in München (GDNR).

In der Darstellung der Ergebnisse wird diskutiert, daß ein Vergleich der unter den Emigrationsbedingungen untersuchten Population in München mit der Kontrollgruppe in Griechenland wegen der unterschiedlichen soziokulturellen Einflüsse auf Erfassungsschwierigkeiten stößt mit zum Teil widersprüchlichen und zwangsläufig auch lückenhaften Befunden. Es kann gezeigt werden, daß die durch die Migration aufgelösten protektiven familiären Kräfte zu Störungen der familiären Beziehungen und insbesondere zu einem erhöhtem psychischen Krankheitsrisiko bei den Jugendlichen führt. Als einer der wesentlichsten Gründe für psychische Störungen erweist sich die "Pendelerziehung". Als übereinstimmendes Ergebnis wird aufgezeigt, daß die griechischen Mädchen, insbesondere in München, eine Risikogruppe für psychische Erkrankungen darstellen. Innerhalb der Kontrollgruppe in Veria fällt ein zunehmendes psychisches Krankheitsrisiko mit fortschreitendem Alter auf. Die Ursachen werden diskutiert.

Die Akkulturation, partielle Integration und ethnische Entwurzelung wirkt psychopathogenetisch, von allem bei den neueingewanderten Jugendlichen. Ein hypothetisch erwartetes Risiko einer depressiven Symptomatik bei griechischen Jugendlichen in München stellte sich in den Interviewbefunden dar, konnte andererseits jedoch bei den Testergebnissen nicht bestätigt werden. Dabei war nur der Faktor der "sozialen Dysfunktion" bei griechischen Jugendlichen in München erhöht. Die Testergebnisse ließen unerwartet eine erhöhte ängstliche und depressive Symptomatik bei griechischen Jugendlichen in Veria (Panhellenisches Examen) erkennen. Unerwartete und widersprüchliche Befunde werden abschließend diskutiert.

Literaturverzeichnis

1. Albrecht, G.: Auswirkungen der Entwurzelung und Arbeitslosigkeit bei ausländischen Arbeitnehmern und ihren Familien. S 31

2. Aller, R.: Uber psychogene Störungen in sprachfremder Umgebung in: 2. ges. Neur. Psychiat. 60, 281, 1920

3. Akrinar, U., Benedikt, R.,Lopez-Blansco, A., Zimmer, I.: Sozialisationshilfen für Ausländerkinder in: betrifft: Erziehung, Nov. 1978

4. Bayer: (65).:Fuki, Z. in: Anorexia Neurosa bei griechischen Gastarbeiter-Kindern in München, eine Diplomarbeit für Psychologie , S 6, Universität München 1981

5. Benedict, R.: Continuties and discontinuties in cultural conditioning in: psychiat. 1, 1938

6. Berntt, H.: Zur Soziogenese psychiatrischer Erkrankungen in: Sozialwelt, Bd. 19, 1968

7. Binder, I, Simoes, M.: Asocio-psych. field among portoguese emigrants in: Sozial Psy. 15, 1-7, 1980

8. Bingemer, K, Meistermann-Seeger, E., Neubert, E.: Leben als Gastarbeiter. Geglückte und mißglückte Integration: Köln und Opladen, 1970

9. Böker, W.: Psychiatrie der Gastarbeiter in: Psychiatrie der Gegenward, 3, 438-466, 1975

10. Braun, G. A.: An exploratory study of interaction amongst british and immigrant children in: British jur. of soc. and clinical psychology, Vol. 12(2), Juni, 159-162, 1973

11. Dorewend, B. P., Smith, R. J.: Toward a theory of acculturation: Southwestern jur. of anthropology No. 30-79, 1962

12. Dollard, J., Miller, N. E., Doeb, M. B., Mower, D. H. Sears, R. R.: Frustration and aggression in: new haven, uni press

13. Drogitis, D.: Griechische Einwandererfamilien im Spannungsfeld der Kulturen in: Diplomarbeit für Soziologie, München 1981

14. Eisenstadt, L.: The absorption of immigrants. London, Routledge 1954

15. Erikson, E.: Childhood and society. N. York, Norton, 426-442, 1950

16. Fichter, M. M., Weyern, S., Sourdi, Z.: The epidemiology of anorexia nervosa. A comparison of greek adolescents living in Germany and greek adolescents living in Greece. 3887 Anorexia Neurosa. 108 j al I

17. Floru, L.: Transkulturelle Aspekte der klinisch-psychiatrischen Bilder fremdsprachiger Arbeitnehmer und deren Bedeutung für die nervenärztliche Praxis in: Confin. Psychiatrie. 18,4, 193-206, 1975

18. Frießem, D. H.: Jugendliche aus "Gastarbeiter"-Familien Praxis in: Kinderpsychol. Kinderspychiat. 24, 7-10, 1975

19. Frießem, D. H.: Psychiatrische und psychosomatische Erkrankungen ausländischer Arbeiter in der BRD. Ein Beitrag zur Psychiatrie der Migration in: Psychiat. neurol. und med. Psychol. 26,78, 1978

20. Genovich, L.: Psychosoziale Störungen bei ausländischen Kindern und Jugendlichen. Bericht über das Seminar "psychosoziale Störungen bei ausländischen Kindern", Töging, Okt. 1980

21. Gessner, V.: Das soziale Verhalten der Gastarbeiter in: Ansay, T., Gessner, V. (Hrsg.): Gastarbeiter in Gesellschaft und Recht, München 1974

22. Goldberg, D. P., Hillier, V. F.: Ascaled version of the general health questionaire in: Psychological medicine, 9, 139-145, 1979

23. Goldberg, D. P, Kay, C., Tompson, L.: Psychiatry morbidity in general practice and the community in: Psychological medicine. 6, 565-569, 1976

24. Goldberg, D. P., Cooper, B., Eastwood, M. R., Kedward, H. B., Shepherd, M.: A standardised psychiatric interview suitable for use in community surveys in: Brit. jur. of preventive and soc. medicine. 24, 18-23, 1970

25. Goldberg, D. P., Blackwell, P.: Psychiatric illnes in general practice. A Detailed study using a new method of case identification in: Brit. med. jur., 439-443, 23 May, 1970

26. Grandjean, E.: Les problèmes sociologues et medicaux de l'assimilation de la main-d'-agurie etrangère en Suisse in: Revue de med. prév.. S, 283-398, 1964

27. Haario-Manilla, E., Stenius, K.: Mental health problems of new ethnic minorities in Sweden in: Acta soc. psychiat. 17, 367-392, 1974

28. Häfner, H.: Die psychische Gesundheit von Gastarbeitern in: Forschung 2. 13-16, 1980

29. Hamsi, L.: Psychiatric morbility of west indian immigrations in: Soc. psychiat. 2, 95-100, 1967

30. Hartmann, H.: Ich-Psychologie und Anpassungsprobleme in: Psyche. 14, 81-162, 1960-61

31. Hartmann, H.: Les influences réciprogues du Moies et du ca dans le développementin: Rev. franc. psychanal. 31,379-401, 1967

32. Hartmann, K.: Theoretische und empirische Beiträge zur Verwahrlosungsforschung in: B.H.N.Y: Springer 1970

33. Heintz, P.: Ein soziologisches Paradigma der Entwicklung. Stuttgart 1969

34. Ierodiakonu, C., Bikos, C, Jakovide, A., Kantarakis, S.: Problems of the greek family, cavin for the emigrants infant left in the homeland in: Psych. Department Thesaloniki

35. Kallarackal, M. Herbert, M.: The well being of indian immigrant children in: New society, 322-324, 1976

36. Katrakis, N.: Probleme kultureller und gesellschaftlicher Integration griechischer Arbeitnehmer, Diss. Aachen 1974
37. Kokker, A., Typaldu, M. Repapi, M., Adamou, A. Stefanis, C.: The MMPI on a greek population sample of adults and adolescents in: Matena Medica Creca, 9(5), 515-521, 1981

38. Kokkevi, A., Adamou, A., Repapi, M., Typladu, M., Stefanis, C.: Depressive Symptoms in greek population sample: Investigation with the MMPI in: Department of psychiatry, Athen university

39. Körner, H., Hermann, K.: Die griechische Arbeitsmigration. Hellerstellt 1977

40. Krambeck, P.: Psychosomatische Krankheit und Familie im soziokulturellen Kontext: Psych. Klinik UniHeidelberg

41. Levi, L.: Stress and distress in response to psychosocial stimuli in: Acta. med. Scand. Suppl. 528, 1972

42. Levi, L: Society, stress and disease. Vol. I. Psychosocial environment and psychosomatic diseases. Oxford 1971

43. Laffanchini, S.: Psychiatrische und psychotherapeutische Probleme der italienischen Arbeiter in der Schweiz, Praxis 54, 786-795, 1965

44. Lyketzos, G., Baza, B., Muzaki, D., Balsamazi, G., Pepapi, M.: Emigration: Psychol. reaction in the families left behind in: Ment. Health Soc., 4, 263, 1977

45. Medianos, M. G., Madianu, D. C., Stefanis, C. N.: A cross-cultural Study on immigration and menthal health implications for prevention in: Neurologie et Psychiatria, Vol. 4, 71-79, 1981

46. Madianos, M. G.: Die Akulturation und die Psychische Gesundheit der griechischen Emigranten in USA: Doktorarbeit, Athen 1980

47. Mahler, M.: Symbiose und Individualisation. Stuttgart (Klett) 1972

48. Mahlotra, M. K.: Health problems of the children of foreign labourers in: Prax. Kinderpsychol., 23,6, 203-209, 1974

49. Markopulu, X.: Psychosoziale Probleme der griechischen Zyprioten in London in: Eklogi, März, 1974

50. Menzaros, A. F.: Types of displacement reactions among the post revolution hungarian immigrants in: Psychiat. Ass-J. 6,1,9-19,1961

51. Miller, A.: Das Drama des begabten Kindes. Frankfurt, Suhrkamp 1979

52. Minde, K., Minde, R.: Children of immigrants: The adjustment of uganda asian primary school children in Canada in: canad. psychiat. assoc. I, 21, 371-381, 1976

53. Müller, R-H. M.: "Gastarbeiter"-Fremdarbeitsmigration und gesundheitliche Probleme: Eine Übersicht in: Therap. Umschau Revue, 32, 542-546, 1975

54. Murphy, H. B. M.: Persönliche Mitteilung, Febr., 1973

55. Murphy, H. B. M.: Social change and menthal health in: Causes of menthal disorder. A Review of epidemiological knowledge, 1959 New

York: Milbank Mem. Fs, 1961

56. Murphy, H. B. M.: Migration, culture and menthal health. Psychol. Med. 7, 677-684, 1977

57. Murphy, H. B. M.: Migration and the major menthal disorders: A reappraisal in: Morbility and menthal health ed. M. Kantor, Chap.1, P5-29, Springfield/ I 11.C-thomas, 1965

58. Nikol, A. R.: Psychiatric disorder in the children of caribean immigrants, I. Child. Psychol. 12,4,273-284, 1971

59. Nissen, G.: Dissozialität und Verwahrlosung in: Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. 82-94: B.H.N-Y Springer 1976

60. Nissen, G.: Pubertätskrisen und Störungen der psychosexuellen Entwicklung in: Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. 174-207: B.H.N-Y, Springer 1976

61. Nissen, G.: Aggressivität, Autoaggressivität in: Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. 33-37: B.H.N-Y, Springer 1976

62. Oppler, M.: Culture, psychiatry and human values. Springfield /Ill. C. Thomas, 1956

63. Papadeophilou, R., Bada, K., Micheoloyiannakis, I., Makaronis, G., Pantelakis, S.: Psychiatric disordersin 6- to 8- year-old children in the greater Athens area in: Bibl. psychiat. 160, 92-100 (Kager) Base 1, 1981

64. Papadopulos, D.: Griechische Kinder- und Jugendliche in: Müller, H. (Hrsg.) Ausländische Kinder in deutschen Schulen. Stuttgart 1974

65. Park, R. E.: Human migration and the marginal man in: Amareican I. of sociology. Vol. 33, 881-893,1928

66. Pflanz, M., Hasenknopf, O. Costa, P.: Blood pressure and functional complaints of migrant workers, transcultural comparison in: Arbeits-, Sozialmedizin, Arbeitshygiene. 2 (5), 181-185, 1967

67. Pflanz, M.: Soziokulturelle Faktoren und psychische Störungen in: Fortsch. Neurol. Psychiatr. 28, 471-508, 1960

68. Pinter, E.: Psychiatrische Morbilität der südländischen und osteuropäischen Emigranten in der Schweiz in: Soz. Psych. Vol 3, No 4, 145-147, 1968

69. Poek, K.: Hypochondrische Entwurzelungsdepression bei italienischen Arbeitern in Deutschland in: Dtsch. med. Wschr., 87, 1419, 1962

70. Putska, F.: Gastarbeiterkinder in Mannheim: Einige Beziehungen zu Selbstberichten, Angaben über psychische Schwierigkeiten in: second international symposium on epideomiology in child. psychiatry. Mannheim, Okt. 1981

71. Putska, F.: Immigrant children: a minority at risk in: Purcell E. (Ed.): Psychopathology of children and youth. New York: Josia Macy Jr. Foundation, 1980

72. Riedesser, F.: Millionen Gastarbeiter in der BRD haben Heimweh. Der Arzt muß die Ausdruckformen verstehen in: Med. Trib. 18, 35, 1974

73. Röhring, A., Bayer, W., Gärtner-Harnach, V.: Psychische Störungen bei Kindern ausländischer Arbeitnehmer in der BRD in: Putska, F., Spiel, W. (Hrsg.) Therapien in der Kinder- und Jugendspychiatrie, Wien: Egermann 1975

74. Rutter, M. et al.: Children of West Indian immigrants: I. rate of behavioural deviance and of psychiatric disorders in: J. og. child. psych. and psychiat. and allied disciplines. Vol. 15(4), 241-262, Okt. 1974

75. Rutter, M., Jule, B., Martar, I., Bagley, Ch.: Children of West Indian immigrants: III. Home circumstances and family patterns in J. child psych. psychiat., 16, 105-123, 1975

76. Safilious-Rothschild D.: "Good" and "bad" girls in modern greek movies in : J. of marriage and family, vol xxx, No 3, 595-606, August 1968

77. Safilious-Rothschild, D.: Sociopsychological factors affecting fertility in urban Greece= A preliminary report in: J. of marriage, Vol xxx, No 3, August 1969

78. Selye, H.: Stress beherrscht unser Leben. Düsseldorf 1957

79. Schmidt, M., Erhardt, K. J.: Psychiatrische Erkrankungen bei "Gastarbeiter"-Kindern. Ätiologie und Pathogenese in: Puska, F., Spiel, W. (Hrsg.) Therapien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Wien, Eigermann, 1975

80. Schrader, A., Nikles, B. W., Griese, H.: Die zweite Generation. Sozialisation und Akkulturation ausländischer Kinder in der BRD. Kronberg 1976

81. Schwartz, D., Mintz, N.: Urban ecology and psychosis in: Intern. J. soc. psychiat. 10, 1964

82. Steinhausen, H. C., Remschmidt, H.: Migration und psychische Störungen. Ein Vergleich von Kindern griechischer "Gastarbeiter" und deutschen Kindern in West-Berlin in: Kinder- Jugendpsychiat. 10, 344-364, 1982

83. Steinhausen, H. C.: Psychiatrische Störungen bei "Gastarbeiter"-Kindern im Rahmen einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Poliklinik in: Z. Kinder- und Jugendpsychiatrie 10, 32-49, 1982

84. Tziantis, J., Giannopoulou, S.: Erfahrungen aus der Arbeit der Kinderpsychiatrischen Abteilung in der Uni-Kinderklinik "Agia Sothia" in: 18. griechischer Kongress für Kindermedizin, Athen 1980

85. Xenakis, Ch., Haring, C.: Nostalgische Reaktion bei griechischen Gastarbeitern in West-Berlin

86. Zimmermann, E., Riedesser, P., Schindera, F.: Abnorme Reaktion oder kulturelle Mißverständnisse. Klinik. Pädiat. 194, S51, 1982

Anhang 2

Freies Interview

Hattest Du in der vergangenen Woche irgendwelche körperlichen Beschwerden? (z.B. Kopfweh oder Verdauungsbeschwerden?)
WENN DER BEURTEILER VERMUTET, DASS PSYCHISCHE FAKTOREN BEI DEN BESCHRIEBENEN KÖRPERLICHEN SYMPTOMEN EINE ROLLE SPIELEN, SOLL ER WEITERE EINZELHEITEN ERKUNDEN WIE FOLGT:
Wie lange hast Du diese Beschwerden gehabt?
Wird es schlimmer, wenn Du mit den Nerven schlecht dran bist?
Wie sehr regst Du Dich darüber auf?
Wie oft hattest Du diese Beschwerden in der vergangenen Woche?
KÖRPERLICHE SYMPTOME 4 3 2 1 0

ALLE PROBANDEN:
Bist Du gegenwärtig überhaupt um Deine Gesundheit besorgt?
Denkst Du viel über Deine Gesundheit nach oder über das Funktionieren irgendeines Teils Ihres Körpers?
Hast Du je die Sorge, Du könntest Krebs haben oder herzkrank sein?
(Die folgende Teil-2-Beurteilung kann an diesem Punkt erfolgen, wenn der Beurteiler es wünscht)
UBERMÄSSIGES INTERESSE AN EIGENEN KÖRPERFUNKTIONEN 4 3 2 1 0
(hypochondrisch)

Hast Du bemerkt, daß Du leicht ermüdest?
Oder daß es Dir offenbar an Energie fehlt?
WENN DIE ANTWORTEN DES PROBANDEN AUF UBERMÄSSIGE MUDIGKEIT ODER LETHARGIE HINDEUTEN? FAHRE FORT WIE FOLGT:
Wie lange schon hast Du das bemerkt?
Fühlst Du dich die ganze Zeit müde oder nur ab und zu?
Welche Dinge findest Du am meisten ermüdend?
Fühlst Du Dich abends vollkommen erschöpft?
Wie war es mit der vergangenen Woche?
Hat es Dich davon abgehalten etwas zu tun, das Du tun wolltest?

MUDIGKEIT 4 3 2 1 0

Wie steht es mit Deinem Schlaf?
WENN DIE ANTWORT AUF SCHLAFSCHWIERIGKEITEN HINDEUTET, FRAGE NACH EINZELHEITEN:
Hattest Du Schwierigkeiten beim Einschlafen?
Bist Du nachts ruhelos?
Wachst Du früh auf?
Hast Du in der vergangenen Woche zu wenig Schlaf gehabt?
WENN DIE ANTWORTEN DES PROBANDEN AUF SCHLAFVERLUST IN DER VERGANGENEN WOCHE HINDEUTEN, FAHRE FORT WIE FOLGT:
Wie lange hast Du diese Beschwerden gehabt?
Hast Du eine Ahnung, warum Du nicht schlafen kannst?
Wieviele Nächte der vergangenen Woche hast Du zu wenig Schlaf gehabt?
Wieviele Stunden Schlaf glaubst Du, daß Du in einer schlechten versäumst?

SCHLAFSTÖRUNG 4 3 2 1 0

ALLE PROBANDEN:
Nimmst Du Schlaftabletten?
WENN JA, FRAGE WEITER:
Bekommst Du die Tabletten von Deinem Arzt
Weißt Du wie sie heißen?
Nimmst Du sie jede Nacht oder nur ab und zu?
Wie viele hast Du vergangene Woche eingenommen?

SCHLAFTABLETTEN 4 3 2 1 0

Wie war Deine Stimmung in der vergangenen Woche?
Hattest Du Zeiten, in denen Du Dich traurig oder unglücklich fühltest?
WENN DIE ANTWORTEN DES PROBANDEN AUF VERZAGTHEIT ODER TRAURIGKEIT HINDEUTET, FAHRE FORT WIE FOLGT:
Fühlst Du Dich die ganze Zeit niedergeschlagen oder nur gelegentlich?
Hat es mit etwas zu tun, das zur Zeit vor sich geht?
Wie schlimm wird es?
Ist Dir je zum Weinen zumute?
Kannst Du davon loskommen?
Hast Du machmal keine Hoffnung mehr?
Hast Du so ein Gefühl gehabt, Du möchtest mit allem Schluß machen?

DEPRESSION 4 3 2 1 0

WENN ANGEZEIGT, FRAGE FOLGENDE FRAGEN FUR DIE TEIL-2-BEURTEILUNG DEPRSSIVER GEDANKEN:
Machst Du Dir je Vorwürfe, daß Du so bist, wie Du bist?
Hast Du je Schuldgefühle?
Denkst Du Dir manchmal, daß Du weniger wert bist als andere Leute?
Wie denkst Du über die Zukunft?

DEPRESSIVE GEDANKEN 4 3 2 1 0

Würdest Du Dich als stark gespannt oder nervös bezeichnen?
Bist Du manchmal grundlos ängstlich oder erschreckt?
Machst Du Dir eine Menge Sorgen?
WENN DIE ANTWORTEN DES PROBANDEN AUF ANGST UND SICH SORGEN HINDEUTEN, FRAGE WEITER:
Worüber machst Du Dir am meisten Sorgen?
Bist Du immer so gewesen, oder hat das erst vor kurzem angefangen?
Machst Du Dir immer Sorgen oder nur dann und wann?
Machst Du Dir mehr als nötig Sorgen über Kleinigkeiten?
Haben Deine Sorgen Dich in der letzten Woche sehr aufgeregt?

ANGST 4 3 2 1 0

Gibt es bestimmte Dinge oder Situationen, die Dir Furcht einflößen oder Dich in Aufregung versetzen?
Etwa das Alleinsein im Haus?
- das Ausgehen allein?
- das Reisen in Bussen oder Zügen?
- große Tiere? Insekten? Höhen? Dunkelheit?

WENN DIE ANTWORTEN DES PROBANDEN HINDEUTEN, ERFORSCHE WEITERE EINZELHEITEN:
Wie ernst sind diese Furchtzustände?
Bekommst Du sie jedesmal oder nur hin und wieder?
Wie schlimm war es in der vergangenen Woche?
Mußtest Du es extra darauf anlegen, Deine gewöhnlichen Tätigkeiten zu meiden oder zu ändern?

PHOBIEN 4 3 2 1 0

Bemerkst Du je, daß Du gewisse Dinge immer wieder tun mußt, nur um sicher zu stellen, daß Du es richtig gemacht hast?
Oder daß Du unerwünschte Gedanken hast, die Du nicht loswerden kannst? (Wenn der Proband fragt, was gemeint ist: Nun, jeder unangenehme Gedanke, der Dir gegen Deinen Willen in den Sinn kommt).
Fällt es Dir schwer, Entschlüsse zu treffen?
WENN DIE ANTWORTEN DES PROBANDEN AUF DIE MÖGLICHKEIT VON ZWANGSGEDANKEN ODER ZWANGSHANDLUNGEN HINDEUTEN, FRAGE DIE ENTSPRECHENDEN FRAGEN IN BEZUG AUF FOLGENDE PUNKTE:

- Wie viele Male kontrollierst Du, was Du getan hast?(Kontrollieren)
- Kontrollierst Du es auch, obwohl Du weißt, daß es wirklich in Ordnung ist? (Kontrollieren)
- Gibt es andere Dinge, die Du mehrere Male hintereinander zu tun Dich gezwungen fühlst? (Unerwünschte Gedanken)
- Kannst Du sie mir beschreiben? (Schwerfälligkeit bei Entschlüssen)
- War das immer so bei Dir oder ist das etwas Neues?
- Betrifft das nur wichtige Angelegenheiten oder ebenso Kleinigkeiten?

ALLE ZWANGSPHÄNOMENE
Versuchst Du, dagegen anzukämpfen?
Ist es sehr lästig?
Nimmt es viel Zeit in Anspruch?
Wie schlimm war es in der vergangenen Woche?

ZWANGSSYMPTOME 4 3 2 1 0

Bekommst Du je das Gefühl, daß Du nicht wirklich da bist? Oder daß alles um Dich herum unwirklich erscheint?
WENN DIE ANTWORTEN DES PROBANDEN AUF DIE MÖGLICHKEIT VON DEPERSONALISATIONS-ERLEBNISSEN HINDEUTEN, ERFORSCHE WEITERE EINZELHEITEN:
Kannst Du das Gefühl beschreiben?
Findest Du es unangenehm oder furchterregend?
Hast Du es täglich oder nur hin und wieder?
Wie lange dauert es, wenn Du es bekommst?
Wie schlimm war es in letzter Zeit (in der vergangen Woche?)

DEPERSONALISATION 4 3 2 1 0

DIE FOLGENDEN PUNKTE SIND VOM INTERVIEWER UNMITTELBAR NACH DEM INTERVIEW AUSZUFULLEN:

Beurteilter Befund	Grund der krankhaften Beurteilung	Beurteilung
LANGSAM spontaneitätsarm		4 3 2 1 0
ABWEHREND verharmlosen, mißtrauisch, gereizt		4 3 2 1 0
DEMONSTRATIV theatralisch		4 3 2 1 0
DEPRIMIERT traurig		4 3 2 1 0
ÄNGSTLICH angespannt, unruhig		4 3 2 1 0
GEHOBEN beschleunigt, erregt		4 3 2 1 0
AFFEKT VERFLACHT inadäquat		4 3 2 1 0
WAHN Wahnwahrnehmungen formale Denkstörungen		4 3 2 1 0
HALLUZINATIONEN Illusionen		4 3 2 1 0
GESTÖRTE INTELLIGENZ organisches Psychosyndrom		4 3 2 1 0
Die folgenden Beurteilungen sind bereits erfolgt:		
UBERMÄSSIGES INTERESSE AN EIGENEN KÖRPER-FUNKTIONEN, hypochondrisch		4 3 2 1 0
DEPRESSIVE GEDANKEN		4 3 2 1 0

Zusatzfragebogen zur Erhebung Sozialkultureller Daten

INSTRUKTIONEN AN DEN INTERVIEWER:

Erklären Sie, bevor Sie mit dem Interview beginnen, dem Probanden kurz, was Sie ihn fragen werden.
(Familie, Freizeitgestaltung, Schule, Gesundheit, etc.)
Sagen Sie dem Jugendlichen, daß alle seine Angaben vertraulich behandelt werden (Schule, Eltern usw. erfahren auf keinen Fall etwas).

---

1. NAME, VORNAME des Probanden:

2. GESCHLECHT: 0 = männlich
   1 = weiblich

3. NATIONALITÄT: 0 = griechisch/Griechenland
   1 = griechisch/Deutschland

4. WIE ALT BIST DU? Jahre

5. WO BIST DU GEBOREN? 0 = Griechenland
   1 = Deutschland
   2 = sonstiges und zwar:

6. WO BIST DU UBERWIEGEND AUFGEWACHSEN?
   0 = auf dem Land/Dorf (bis 5000 Einwohner)
   1 = in einer Kleinstadt (bis 20000 Einwohner)
   2 = in einer Mittelstadt (bis 100000 Einwohner)
   3 = in einer Großstadt (Uber 100000 Einwohner)

7. BEI WEM BIST DU UBERWIEGEND AUFGEWACHSEN?
   0 = nur bei der Mutter
   1 = nur beim Vater
   2 = bei beiden Eltern
   3 = bei den Großeltern oder anderen Verwandten
   4 = bei Adoptiv/Pflegeeltern
   5 = in Heimen
   6 = Sonstiges und zwar:

8. LEBEN DEINE ELTERN NOCH?
   0 = beide Eltern leben
   1 = nur der Vater lebt
   2 = nur die Mutter lebt
   3 = beide Eltern verstorben

9. WIEVIELE SCHULKLASSEN HABEN DEINE ELTERN BESUCHT?
   Vater: Mutter:

10. SIND DEINE ELTERN BERUFSTÄTIG?
   0 = beide Eltern berufstätig
   1 = nur der Vater berufstätig
   2 = nur die Mutter berufstätig
   3 = beide Eltern nicht berufstätig

11. WELCHEN BERUF UBEN DEINE ELTERN ZUR ZEIT AUS? (genaue Beschreibung!)

Vater:

Mutter:

NUR AN PROBANDEN IN DEUTSCHLAND

11a. WELCHEN BERUF HABEN DEINE ELTERN IN GRIECHENLAND AUSGEUBT (genaue Beschreibung!)

Vater:

Mutter:

---

12. HAST DU DEN EINDRUCK, DASS DEINE ELTERN ZU BESCHÄFTIGT SIND UND ZU WENIG ZEIT FUR DICH HABEN?

Vater: 0 = nein
1 = ja, gelegentlich
2 = ja, häufig

Mutter: 0 = nein
1 = ja, gelegentlich
2 = ja, häufig

13. WIEVIEL ZIMMER HAT EURE WOHNUNG? Zimmer

14. HAST DU EIN EIGENES ZIMMER? 0 = nein, muß es mit anderen teilen
1 = ja

15. HABT IHR IN EURER WOHNUNG EIN EIGENES BAD? 0 = nein
1 = ja

16. WIEVIELE PERSONEN LEBEN INSGESAMT IN EUREM HAUSHALT? Personen

17. WIEVIELE GESCHWISTER HAST DU? Geschwister

18. F A L L S GESCHWISTER, HAST DU JUNGERE ODER ÄLTERE GESCHWISTER?
0 = Proband ist jüngstes Kind
1 = Proband ist mittleres Kind
2 = Proband ist ältestes Kind

NUR AN PROBANDEN IN DEUTSCHLAND

18a. WIEVIELE DEINER GESCHWISTER LEBEN IN DEUTSCHLAND? Geschwister

---

19. WIE GUT KOMMST DU MIT DEINEN GESCHWISTERN IM ALLGEMEINEN AUS?
0 = sehr gut
1 = gut
2 = mäßig
3 = schlecht
4 = sehr schlecht

20. BIST DU MITGLIED EINES VEREINS ODER EINER JUGENDORGANISATION?
0 = nein (weiter mit Frage 22)
1 = ja

21. WIE OFT HÄLTST DU DICH DORT AUF?
0 = fast täglich
1 = etwa 2-3mal die Woche
2 = etwa 1mal die Woche
3 = etwa 2mal im Monat
4 = etwa 2mal im Jahr

22. GEHÖRST DU EINER RELIGIONSGEMEINSCHAFT (KONFESSION) AN?
0 = nein
1 = ja, welcher?

23. HAST DU IN DEN LETZTEN 12 MONATEN AN RELIGIÖSEN VERANSTALTUNGEN TEILGENOMMEN?
0 = nein
1 = ja, gelegentlich
2 = ja, regelmäßig

24. HAT DEIN VATER ODER DEINE MUTTER IN DEN LETZTEN 12 MONATEN AN RELIGIÖSEN VERANSTALTUNGEN TEILGENOMMEN?
Vater: 0 = nein
1 = ja, gelegentlich
2 = ja, regelmäßig
Mutter: 0 = nein
1 = ja, gelegentlich
2 = ja, regelmäßig

25. WELCHE SCHULART HAST DU BESUCHT UND WIE LANGE?

26. MUSSTEST DUE WEGEN SCHULSCHWIERIGKEITEN EINE ODER MEHRERE KLASSEN WIEDERHOLEN?

Schulart:	Anzahl der wiederholten Klassen:
Jahre, Griechenland	
Jahre, Deutschland	

27. WAS MACHST DU IN DEINER FREIZEIT? (L i s t e A v o r l e g e n !)

28. IST DEINE MUTTER MIT DEINER FREIZEITBESCHÄFTIGUNG EINVERSTANDEN?
0 = nein
1 = ja

29. IST DEIN VATER MIT DEINER FREIZEITBESCHÄFTIGUNG EINVERSTANDEN?
0 = nein
1 = ja

30. VERSUCHT DEINE MUTTER DIR VORZUSCHREIBEN, WAS DU IN DEINER FREIZEIT TUN SOLLST?
0 = nein
1 = ja

31. UNTERNIMMT EURE GANZE FAMILIE MANCHMAL ETWAS GEMEINSAM, wie z.B. spazierengehen, Freunde besuchen?
0 = nein (weiter mit Frage 34)
1 = ja gelegentlich

32. WIE OFT KOMMT DAS VOR?
0 = fast täglich
1 = etwa 2-3mal die Woche
2 = etwa 1mal die Woche
3 = etwa 2mal im Monat
4 = etwa 2mal im Jahr

33. UNTERNIMMST DU GERNE ETWAS MIT DER FAMILIE? 0 = nein
1 = ja

34. HILFST DU IM HAUSHALT, z.B. einkaufen, auf Geschwister aufpassen?
0 = nein (weiter mit Frage 37)
1 = ja

35. WIEVIELE STUNDEN AM TAG HILFST DU? Stunden am Tag.

36. MEINEN DEINE ELTERN, DASS DU MEHR IM HAUSHALT HELFEN SOLLTEST?
0 = nein
1 = ja

37. HAST DU EINEN FESTEN FREUND/FREUNDIN (gegengeschlechlich)?
0 = nein (weiter mit Frage 42)
1 = ja
Bei Probanden in Deutschland: Nationalität des Freunds/d. Freundin:

38. IN WELCHER STADT LEBT DEIN FREUND/FREUNDIN?

39. WIE OFT BIST DU MIT DEINEM FREUND/FREUNDIN ZUSAMMEN?
0 = fast täglich
1 = etwa 2-3mal die Woche
2 = etwa 1mal die Woche
3 = etwa 2mal im Monat
4 = etwa 2mal im Jahr

40. IST DEINE MUTTER MIT DIESER FREUNDSCHAFT EINVERSTANDEN?
0 = nein, Grund:
1 = ja

41. IST DEIN VATER MIT DIESER FREUNDSCHAFT EINVERSTANDEN?
0 = nein, Grund:
1 = ja

42. HAST DU ANDERE FREUNDE ODER FREUNDINNEN?
0 = nein (weiter mit Frage 54)
1 = ja

43. WIEVIELE FREUNDE ODER FREUNDINNEN HAST DU?
Anzahl der Freunde
Anzahl der Freundinnen

NUR AN PROBANDEN IN DEUTSCHLAND:

43a. HAST DU MEHR GRIECHISCHE ODER MEHR DEUTSCHE FREUNDE ODER FREUNDINNEN?
0 = mehr griechische
1 = mehr deutsche
2 = ungefähr gleich

---

44. WIE OFT BIST DU MIT DENEN FREUNDINNEN ODER FREUNDEN AUSSERHALB DER SCHULE ZUSAMMEN?
0 = fast täglich
1 = etwa 2-3mal die Woche
2 = etwa 1mal die Woche
3 = etwa 2mal im Monat
4 = etwa 2mal im Jahr

45. WIRST DU VON DEINEN FREUNDEN ODER FREUNDINNEN ZU HAUSE BESUCHT?
0 = nein
1 = ja (weiter mit Frage 47)

46. WARUM WIRST DU NICHT ZU HAUSE BESUCHT?

47. WO TRIFFST DU DICH MEISTENS MIT DEINEN FREUNDEN ODER FREUNDINNEN?
0 = zu Hause
1 = bei Freunden oder Freundinnen zu Hause
2 = auf der Straße
3 = in Cafes, Eisdielen
4 = anderswo:

48. HAT DEINE MUTTER HÄUFIG ETWAS AN DEINEN FREUNDINNEN ODER FREUNDEN AUSZUSETZEN?
0 = nein (weiter mit Frage 50)
1 = ja

49. WAS HAT SIE AUSZUSETZEN?

50. HAT DEIN VATER HÄUFIG ETWAS AN DEINEN FREUNDEN ODER FREUNDINNEN AUSZUSETZEN?
0 = nein (weiter mit Frage 52)
1 = ja

51. WAS HAT ER AUSZUSETZEN?

52. WIEVIELE STUNDEN HAST DU AUSGANG? Stunden am Tag

53. WIE OFT DARFST DU ALLEINE WEGGEHEN?
0 = fast täglich
1 = etwa 2-3mal die Woche
2 = etwa 1mal die Woche
3 = etwa 2mal im Monat
4 = etwa 2mal im Jahr
5 = nie

54. KOMMT ES VOR, DASS DU ZU SPÄT NACH HAUSE KOMMST?
0 = nein
1 = ja

55. GEHST DU MANCHMAL ABENDS WEG?
0 = nein (weiter mit Frage 58)
1 = ja

56. HAST DU STREIT MIT DEINER MUTTER, WENN DU ABENDS WEGGEHEN MÖCHTEST?
0 = nein
1 = ja

57. HAST DU STREIT MIT DEINEM VATER, WENN DU ABENDS WEGGEHEN MÖCHTEST?
0 = nein
1 = ja

58. SPRICHST DU MIT DEINER MUTTER UBER DEINE PERSÖNLICHEN PROBLEME?
0 = nein
1 = ja

59. SPRICHST DU MIT DEINEM VATER UBER DEINE PERSÖNLICHEN PROBLEME?
0 = nein
1 = ja

60. KOMMT ES VOR, DASS DU DEINER MUTTER AUF DIE NERVEN GEHST?
0 = nein (weiter mit Frage 64)
1 = ja

61. WARUM GEHST DU DEINER MUTTER AUF DIE NERVEN?

62. KOMMT ES DANN MANCHMAL VOR, DASS SIE UNBEHERRSCHT REAGIERT UND DICH SCHLÄGT? 0 = nein
1 = ja

63. KOMMT ES VOR, DASS DEINE MUTTER DEN GANZEN TAG NICHT MEHR MIT DIR REDET, WENN SIE SICH UBER DICH ÄRGERT?
0 = nein
1 = ja

64. KOMMT ES VOR, DASS DU DEINEM VATER AUF DIE NERVEN GEHST?
0 = nein (weiter mit Frage 68)
1 = ja

65. WARUM GEHST DU DEINEM VATER AUF DIE NERVEN?

66. KOMMT ES DANN MANCHMAL VOR, DASS ER UNBEHERRSCHT REAGIERT UND DICH SCHLÄGT? 0 = nein
1 = ja

67. KOMMT ES VOR, DASS DEIN VATER DEN GANZEN TAG NICHT MEHR MIT DIR REDET, WENN ER SICH UBER DICH ÄRGERT?
0 = nein
1 = ja

68. SPRICHTST DU MANCHMAL MIT DEINER MUTTER UBER DEINE BERUFLICHE ZUKUNFT? 0 = nein (weiter mit Frage 70)
1 = ja

69. WAS RÄT SIE DIR?

70. SPRICHST DU MANCHMAL MIT DEINEM VATER UBER DEINE BERUFLICHE ZUKUNFT?
0 = nein (weiter mit Frage 72)
1 = ja

71. WAS RÄT ER DIR?

72. WAS HAST DU VOR BERUFLICH ZU TUN?
0 = eine Lehrstelle suchen
1 = keine Berufsausbildung machen, sondern gleich arbeiten gehen
2 = eine weiterführende Schule besuchen
3 = anderes:

73. WER BESTIMMT DEINE BERUFSWAHL?
0 = Du selbst
1 = eher der Vater
2 = eher die Mutter

74. IST DEINE MUTTER MIT DEINEN BERUFLICHEN PLÄNEN EINVERSTANDEN?
0 = nein
1 = ja

75. IST DEIN VATER MIT DEINEN BERUFLICHEN PLÄNEN EINVERSTANDEN?
0 = nein
1 = ja

76. MACHST DU DIR GROSSE SORGEN UBER
0 = Schule/Beruf
1 = Freunde
2 = Familie
3 = Mangel an Ausgdauer
4 = Gesundheit
5 = andere Sorgen:
6= keine Sorgen (weiter mit Frage 79)

77. MACHST DU DIR UBER DIESE PROBLEME MEHR SORGEN ALS DIES JUGENDLICHE IN DEINEM ALTER NORMALERWEISE TUN?
0 = nein
1 = ja

78. SEIT WANN MACHST DU DIR SO VIELE SORGEN? Seit Monaten
Seit Jahren

79. KOMMT ES OFT VOR, DASS DEINE ELTERN VERSCHIEDENER MEINUNG DARUBER SIND, WAS DU TUN DARFST UND WAS NICHT?
0 = nein
1 = ja

80. WENN DEINE ELTERN UNTERSCHIEDLICHER MEINUNG SIND, WER VON BEIDEN ENTSCHEIDET DANN LETZTEN ENDES?
0 = Mutter
1 = Vater
2 = gemeinsam

81. WER BESTRAFT IN DEINER FAMILIE DIE KINDER?
0 = eher der Vater
1 = eher die Mutter
2 = beide

82. SIND DEINE ELTERN HÄUFIGER UNTERSCHIEDLICHER MEINUNG DARUBER, WIE DIE KINDER BESTRAFT WERDEN SOLLEN?
0 = nein
1 = ja

83. WIE OFT KOMMT ES VOR, DASS SICH DEINE ELTERN STREITEN?
0 = fast täglich
1 = etwa 2-3mal die Woche
2 = etwa 1mal die Woche
3 = etwa 2mal im Monat
4 = etwa 2mal im Jahr
5 = nie

84. WORUBER STREITEN SIE SICH DANN? A n t w o r t a b w a r t e n:

Liste: (Beispiele)
(a) Geld
(b) Freizeit
(c) Kindererziehung
(d) Anschaffungen
(e) Arbeitgehen der Mutter
(f) Haushalt

85. WIE VERHALTEN SICH DEINE ELTERN NACH EINEM STREIT?
0 = sprechen sie dann manchmal nicht mehr miteinander, reagieren sie gereizt, gehen sie sich aus dem Weg oder
1 = sind sie relativ schnell wieder versöhnt?

86. KOMMT ES ÖFTERS VOR, DÄSS DEINE ELTERN NACH EINEM STREIT TAGELANG NICHT MITEINANDER SPRECHEN?
0 = nein
1 = ja

87. WIE WURDEST DU IM GROSSEN UND GANZEN DEINEN GESUNDHEITSZUSTAND BEURTEILEN?
0 = sehr gut
1 = gut
2 = mäßig
3 = schlecht
4 = sehr schlecht

88. WIE GROSS BIST DU? cm

89. WIEVIELE KG WIEGST DU? kg

91. WARST DU IN DER VERGANGENEN WOCHE IN DEINER ÜBLICHEN ARBEITSFÄHIGKEIT EINGESCHRÄNKT?
0 = nein
1 = ja

92. HAST DU IN DER VERGANGEN WOCHE IRGENDEIN MEDIKAMENT GENOMMEN?
0 = nein (weiter mit Frage 95)
1 = ja

93. WOFÜR WAR DAS MEDIKAMENT?

94. WEISST DU WIE DAS MEDIKAMENT HEISST?

95. BIST DU IN DEN LETZTEN 12 MONATEN BEIM HAUSARZT GEWESEN?
0 = nein
1 = ja, mal

96. BIST DU IN DEN LETZTEN 12 MONATEN BEI EINEM ANDEREN ARZT GEWESEN?
0 = nein
1 = ja, mal

97. BIST DU IN DEN LETZTEN 12 MONATEN IN EINEM KRANKENHAUS BEHANDELT WORDEN
0 = nein
1 = ja, wo und weshalb

98. BIST DU FRÜHER EINMAL PSYCHIATRISCH ODER PSYCHOTHERAPEUTISCH (Nervenarzt, psychiatrisches Krankenhaus, Erziehungsberatung etc.) BEHANDELT WORDEN?
0 = nein
1 = nur ambulant, wo und weshalb
2 = nur stationär, wo und weshalb
3 = ambulant und stationär, wo und weshalb

101. VOR WIEVIELEN JAHREN BIST DU NACH DEUTSCHLAND GEKOMMEN?
vor Jahren

102. VOR WIEVIELEN JAHREN SIND DEINE ELTERN NACH DEUTSCHLAND GEKOMMEN?
Vater: vor Jahren
Mutter: vor Jahren

103. WER KAM ZUERST? 1 = Vater
2 = Mutter
3 = Vater und Mutter gleichzeitig
4 = Vater und Proband
5 = Mutter und Proband
6 = Vater, Mutter und Proband gleichzeitig

104. F A L L S DU SPÄTER ALS DEINE ELTERN KAMST, WO WARST DU ZWISCHENZEITLICH?
0 = bei Verwandten
1 = bei Bekannten
2 = sonstiges und zwar:

105. WIEVIELE JAHRE WARST DU IM HEIMATLAND ZURUCKGEBLIEBEN, BEVOR DU ZU DEINEN ELTERN NACH DEUTSCHLAND KAMST? Jahre

106. WIE VERSTANDEST DU DICH MIT DEINEN PFLEGEELTERN BZW. DEN LEUTEN, DIE FUR DICH GESORGT HABEN?
0 = besser als mit den leiblichen Eltern
1 = gleichgut wie mit den leiblichen Eltern
2 = schlechter als mit den leiblichen Eltern

107. IN WELCHER KLASSENSTUFE BIST DU IN DEUTSCHLAND EINGESCHULT WORDEN?
Klasse

108. WENN DU DIE WAHL HÄTTEST, IN WELCHE KLASSE WURDEST DU AM LIEBSTEN GEHEN? 0 = Klasse mit ausschließlich griechischen Schülern
1 = gemischte Klasse
2 = Klasse mit ausschließlich deutschen Schülern

109. HAST DU SCHWIERIGKEITEN MIT DEM LERNEN? 0 = nein
1 = ja

110. WENN DU IN DER SCHULE ETWAS NICHT VERSTANDEN HAST, GIBT ES DANN JEMANDEN, DER ES DIR ERKLÄREN KANN? 0 = nein
1 = ja

111. WER HILFT DIR HAUPTSÄCHLICH BEI DEN SCHULAUFGABEN?
0 = niemand
1 = Eltern/Verwandte (weiter mit Frage 113)
2 = Nachhilfelehrer (weiter mit Frage 113)
3 = Klassenlehrer (weiter mit Frage 113)
4 = Kurse (weiter mit Frage 113)
5 = Mitschüler (weiter mit Frage 113)

112. WARUM WIRD DIR NICHT GEHOLFEN?
0 = meine Eltern kennen niemanden, der mir helfen könnte
1 = aus finanziellen Gründen
2 = weil die Eltern die Schule nicht so wichtig nehmen
3 = andere Gründe und zwar:

113. WELCHE NOTEN HAST DU IM LETZTEN ZEUGNIS GEHABT?
in den Fächern: Note:
1 = Mathematik
2 = Deutsch
3 = Griechisch
4 = Sport
5 = andere Fächer

114. BESTRAFEN DICH DEINE ELTERN, WENN DU SCHLECHTE NOTEN BEKOMMST?
0 = nein
1 = ja

WENN JA, WIE?

115. HABEN DEINE ELTERN SCHON EINMAL MIT EINEM DEINER LEHRER GESPROCHEN?
0 = nein
1 = ja, aus eigenem Interesse
2 = ja, nach Aufforderung des Lehrers

WESHALB?

116. GEHST DU NACHMITTAGS ZUSÄTZLICH ZU EINEM UNTERRICHT?
0 = nein
1 = ja, zu deutschsprachigem Unterricht
2 = ja, zu griechischem Unterricht

117. WIE OFT LIEST DU GRIECHISCHE ZEITUNGEN?
1 = fast täglich
2 = etwa 1-2mal in der Woche
3 = etwa 1mal pro Woche
4 = etwa 2mal im Monat
5 = etwa 2mal im Jahr
6 = nie

118. WIE OFT LIEST DU DEUTSCHE ZEITUNGEN?
1 = fast täglich
2 = etwa 2-3mal in der Woche
3 = etwa 1mal pro Woche
4 = etwa 2mal im Monat
5 = etwa 2mal im Jahr
6 = nie

119. SIEHST DU DIR REGELMÄSSIG DEUTSCHE FERNSEHPROGRAMME AN?
0 = nein
1 = ja

120. WELCHE SPRACHE SPRICHST DU NORMALERWEISE MIT DEINEN ELTERN?
0 = griechisch
1 = griechisch und deutsch
2 = deutsch

121. WELCHE SPRACHE SPRICHST DU NORMALERWEISE MIT DEINEN GESCHWISTERN?
0 = griechisch
1 = griechisch und deutsch
2 = deutsch

122. KANNST DU BESSER GRIECHISCH ODER BESSER DEUTSCH SPRECHEN?
0 = besser griechisch
1 = griechisch und deutsch etwa gleich gut
2 = besser deutsch

123. WIE HÄUFIG KOMMT ES VOR, DASS DU MIT EINEM DEUTSCHEN SPRICHST UND ER DICH DANN NICHT VERSTEHT?
0 = sehr selten, nie
1 = gelegentlich
2 = häufig

124. HAST DU DEUTSCHE FREUNDE, MIT DENEN DU DICH IN DEINER FREIZEIT TRIFFST? 0 = nein (weiter mit Frage 126)
1 = ja

125. F A L L S J A, WIE OFT? mal die Woche
Anzahl der Freunde

126. HABEN DEINE ELTERN DEUTSCHE FREUNDE, MIT DENEN SIE SICH IN DER FREIZEIT TREFFEN? 0 = nein (weiter mit Frage 128)
1 = ja

127. F A L L S J A, WIE OFT? mal die Woche
Anzahl der Freunde

128. HAST DU GRIECHISCHE FREUNDE, MIT DENEN DU DICH IN DER FREIZEIT TRIFFST? 0 = nein (weiter mit Frage 130)
1 = ja

129. F A L L S J A, WIE OFT? mal die Woche
Anzahl der Freunde

130. HABEN DEINE ELTERN GRIECHISCHE FREUNDE, MIT DENEN SIE SICH IN DER FREIZEIT TREFFEN? 0 = nein (weiter mit Frage 132)
1 = ja

131. F A L L S J A, WIE OFT? mal die Woche
Anzahl der Freunde

132. ARBEITEST DU GELEGENTLICH, UM ETWAS GELD ZU VERDIENEN?
0 = nein
1 = ja Stunden/Woche

133. WENN DEINE ELTERN BEIM KAUF GRÖSSERER KLEIDUNGSSTUCKE DABEI SIND, DARFST DU DANN AUSSUCHEN, WAS DIR GEFÄLLT?
0 = nein
1 = ja

134. Ich gebe Dir jetzt ein Blatt (Liste C) mit Eigenschaftspaaren, auf denen Du beurteilen sollst, wie Du Deine griechischen Bekannten findest. Wenn Du das Kästchen ganz links ankreuzt, dann findest Du Deine griechischen Bekannten z.B. offen, wenn Du das Kästchen ganz rechts ankreuzt, dann findest Du sie verschlossen. Mit den dazwischenliegenden Kästchen kannst Du Dein Urteil abstufen.
(L I S T E C V O R L E G E N !)

135. Und jetzt sollst Du anhand derselben Eigenschaftspaare Deine deutschen Bekannten in Deutschland beurteilen.
(L I S T E D V O R L E G E N !)

136. WIE OFT BESUCHST DU DEINE HEIMAT?
1 = 2mal im Jahr
2 = 1mal im Jahr
3 = 1mal in 2 Jahren
4 = seltener, doch gelegentlich
5 = gar nicht mehr

137. WIEVIELE WOCHEN BLEIBST DU DANN GEWÖHNLICH DORT? Wochen

138. HAST DU BRIEFKONTAKT MIT VERWANDTEN, BEKANNTEN ODER FREUNDEN IN GRIECHENLAND? 0 = nein (weiter mit Frage 140)
1 = ja

139. WIE HÄUFIG SIND DIESE BRIEFKONTAKTE? mal im Monat
mal im Jahr

140. HABEN DEINE ELTERN BRIEFKONTAKT MIT VERWANDTEN, BEKANNTEN ODER FREUNDEN IN GRIECHENLAND? 0 = nein
1 = ja

141. WIE HÄUFIG SIND DIESE BRIEFKONTAKTE? mal im Monat
mal im Jahr

142. HAST DU DAS GEFUHL, ZU EINER ANDEREN WELT ZU GEHÖREN, ALS DEINE ELTERN? 0 = nein
1 = ja

143. WIE FINDEST DU DAS VERHALTEN DEINER ELTERN DIE GEGENUBER?
1 = nach der alten Mode
2 = bemüht, den deutschen Lebensstil zu übernehmen ohne es ganz zu erreichen
3 = dem deutschen Lebensstil ganz angepaßt

144. WAS IST DEINE MEINUNG UBER DIE GRIECHISCHE FAMILIENTRADITION?
1 = sie muß unbedingt erhalten werden
2 = sie ist veraltet
3 = sonstiges, und zwar:

145. HAST DU DAS GEFUHL, DASS DU DICH WEDER IN DEUTSCHLAND, NOCH IN DEINEM HEIMATLAND RICHTIG WOHLFUHLEN KANNST? 0 = nein
1 = ja

146. KOMMT ES VOR, DASS DU IN BESTIMMTEN SITUATIONEN ZU VERHEIMLICHEN SUCHST, DASS DU AUSLÄNDER IN DEUTSCHLAND BIST?
0 = nein
1 = ja, in folgenden Situationen:

147. WO WILLST DU LEBEN, WENN DU ERWACHSEN BIST?
1 = in Deutschland
2 = in Griechenland
3 = sonstiges

148. WOLLEN DEINE ELTERN SPÄTER FUR IMMER NACH GRIECHENLAND ZURUCKKEHREN?
Vater: 0 = nein, warum?
1 = ja, warum?
Mutter: 0 = nein, warum?
1 = ja, warum?

149. GAB ES SCHON EINMAL STREIT IN EURER FAMILIE, WEIL JEMAND VON EUCH FUR IMMER NACH GRIECHENLAND ZURUCKKEHREN WOLLTE? 0 = nein
1 = ja

150. WIE GEFÄLLT DIR DAS LEBEN IN DEUTSCHLAND ALLGEMEIN UND WAS SIND DEINE PLÄNE FUR DIE ZUKUNFT?

151. WELCHE ERLEICHTERUNGEN SOLLTEN FUR ANDERE, DIE IN ZUKUNFT AN DEINER STELLE SIND, GESCHAFFEN WERDEN?

ZUSATZFRAGEBOGEN

1. WIE HAST DU DICH IN GRIECHENLAND OHNE DEINE ELTERN GEFUHLT?
   a) normal (problemlos)
   b) Minderwertigkeitsgefühle gehabt

2. WAREN DEINE LEISTUNGEN IN GRIECHENLAND BESSER ALS DIE IN DEUTSCHLAND?
   ja ( )
   nein ( )
   Note im letzten Zeugnis in Griechenland

3. a) HAST DU OFT HEIMWEH
      a) ja
      b) nein
   b) TRÄUMST DU OFT VON DEINER HEIMAT?
      a) ja
      b) nein

4. a) HAST DU DAS GEFUHL EIN MENSCH OHNE HEIMAT ZU SEIN?
      ja ( )
      nein ( )
   b)HAST DU DAS GEFUHL, DAS DU DICH WEDER IN DEUTSCHLAND NOCH IN GRIECHENLAND ANPASSEN ODER WOHLFUHLEN KANNST?
      ja ( )
      nein ( )

5. MIT WEM VERSTEHST DU DICH BESSER?
   a) mit deinen griechischen Freunden?
   b) mit deinen deutschen Freunden?

6. BESTEHT EIN WICHTIGER UNTERSCHIED ZWISCHEN DEINER LEBENSAUFFASSUNG UND DEREN DEINER FREUNDE?
   ja ( )
   nein ( )

7. a) WIE IST DEIN LEBEN ALS AUSLÄNDER IN DEUTSCHLAND?
      a) schwerer als das deiner Altersgenossen in Griechenland
      b) schwerer als das deiner Altersgenossen in Deutschland
      c) kein Unterschied
      d) leichter als das deiner Altersgenossen in Griechenland
      e) leichter als das deiner Altersgenossen in Deutschland
   b) WAS IST DABEI BESONDERS NEGATIV?
   c) WAS IST DABEI BESONDERS POSITIV?

8. GLAUBST DU, DASS DEINE BERUFLICHEN CHANCEN IN DEUTSCHLAND BESSER SIND ALS IN GRIECHENLAND?
   a) ja
   b) nein

9. WIE SIND DEINE BERUFLICHEN UND STUDIUMSCHANCEN ALS AUSLÄNDER?
   a) gleich den deutschen Altersgenossen
   b) besser
   c) schlechter

10. ARBEITSSITUATION DER ELTERN IN DEN VERGANGENEN JAHREN?

L I S T E A

Es fällt einem ja nicht immer gleich alles ein, was man so in seiner Freizeit macht.
Auf dieser Liste sind verschiedene Möglichkeiten angegeben.
Beantworte bitte alle Punkte.

WAS MACHST DU IN DEINER FREIZEIT?

	häufig	selten	nie
1. Fernsehen			
2. Lesen			
3. Musik hören			
4. Musikinstumente spielen oder singen			
5. Sport treiben			
6. Sport zuschauen			
7. Tanzen			
8. Sammeln (z.B. Briefmarken)			
9. Basteln, Handarbeiten			
10. Jugendclub besuchen			
11. Ins Kino gehen			
12. Sonstiges			

L I S T E B

Ich leide unter folgenden Beschwerden:

1. Kloßgefühl, Engigkeite oder Würgen im Hals
2. Kurzatmigkeit
3. Schwächegefühl
4. Schluckbeschwerden
5. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust
6. Druck- oder Völlegefühl im Leib
7. Mattigkeit
8. Ubelkeit
9. Sodbrennen oder saures Aufstoßen
10. Reizbarkeit
11. Grübelei
12. Starkes Schwitzen
13. Kreuz- oder Rückenschmerzen
14. Innere Unruhe
15. Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen
16. Unruhe in den Beinen
17. Uberempfindlichkeit gegen Wärme
18. Uberempfindlichkeit gegen Kälte
19. Ubermäßiges Schlafbedürfnis
20. Schlaflosigkeit
21. Schwindelgefühl
22. Zittern
23. Nacken- oder Schulterschmerzen
24. Gewichtsabnahme

L I S T E D / C

WIE FINDEST DU DEINE GRIECHISCHEN/DEUTSCHEN
BEKANNTEN IN DEUTSCHLAND/GRIECHENLAND

offen	verschlossen
negativ	positiv
freundlich	unfreundlich
hilfsbereit	nicht hilfsbereit
ehrlich	unehrlich
arbeitsam	faul
traurig	lustig
entwurzelt	verwurzelt
ablehnend	zugewandt
rein	verschmutzt
herzlos	mit Herz

MANNHEIMER-Fragebogen
ERZIEHUNGSSTIL

Die folgenden Sätze beziehen sich auf Deine Mutter.

1. Wenn ich etwas erzähle, hört mein Mutter aufmerksam und gespannt zu.
   ( ) fast nie ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) fast immer

2. Meine Mutter vergißt schnell, wenn ich etwas ausgefressen habe.
   ( ) fast immer ( ) oft ( ) manchmal ( ) selten ( ) fast nie

3. Wenn meine Mutter wegfährt, nimmt sie mich mit.
   ( ) sehr selten ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) sehr oft

4. Meine Mutter geht mit mir ins Kino.
   ( ) fast nie ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) fast immer

5. Meine Mutter erlaubt mir, so viel oder so wenig zu essen, wie ich will.
   ( ) fast immer ( ) oft ( ) manchmal ( ) selten ( ) fast nie

6. Bei angenehmen Aufgaben darf ich ihr helfen.
   ( ) sehr selten ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) sehr oft

7. Meine Mutter antwortet mir geduldig, wenn ich ihr viele Fragen stelle.
   ( ) fast immer ( ) oft ( ) manchmal ( ) selten ( ) fast nie

8. Wenn ich mir etwas Bestimmtes zu Weihnachten oder zum Geburtstag wünsche, weiß ich, daß ich es auch bekomme.
   ( ) fast nie ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) fast immer

9. Wenn ich etwas basteln, malen oder bauen will, gibt sie mit gute Ratschläge.
   ( ) sehr selten ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) sehr oft

10. Ich habe das Gefühl, daß ich mit ihr über alles sprechen kann, auch wenn ich etwas ausgefressen habe.
    ( ) fast immer ( ) oft ( ) manchmal ( ) selten ( ) fast nie

11. Meine Mutter erlaubt mir, mit meinen Spielsachen zu machen, was ich will.
    ( ) fast immer ( ) oft ( ) manchmal ( ) selten ( ) fast nie

12. Sie ermuntert mich, das, was ich noch nicht kann, selbst auszuprobieren.
    ( ) sehr selten ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) sehr oft

13. Wenn ich mich über etwas freue, merke ich, daß sie sich mit mir freut.
    ( ) fast immer ( ) oft ( ) manchmal ( ) selten ( ) fast nie

14. Sie tröstet mich und hilft mir, wenn etwas schiefgegangen ist.
    ( ) fast nie ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) fast immer

15. Ich weiß, was sie von mir erwartet und wie ich mich benehmen soll.
    ( ) fast immer ( ) oft ( ) manchmal ( ) selten ( ) fast nie

16. Wenn ich mit meinem Freund/Freundin Streit habe, sagt sie mir, wie ich mich verhalten soll.
( ) fast nie ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) fast immer

17. Wenn ich etwas getan habe, was sie falsch findet, darf ich ihr sagen, warum ich es getan habe.
( ) fast immer ( ) oft ( ) manchmal ( ) selten ( ) fast nie

18. Wenn sie mich bestraft, merke ich, daß sie es nicht gern tut.
( ) fast nie ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) fast immer

19. Manchmal beobachte oder höre ich Dinge, die ich nicht verstehe. Meine Mutter erklärt sie mir dann.
( ) fast immer ( ) oft ( ) manchmal ( ) selten ( ) fast nie

20. Meine Mutter sieht ein, daß ich recht habe und gibt nach.
( ) sehr oft ( ) oft ( ) manchmal ( ) selten ( ) sehr selten

21. Wenn sie will, daß ich etwas tue, erklärt sie mir, warum.
( ) fast immer ( ) oft ( ) manchmal ( ) selten ( ) fast nie

22. Wenn ich eine gute Klassenarbeit geschrieben habe, bekomme ich von meiner Mutter eine Belohnung.
( ) fast nie ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) fast immer

23. Wenn ich etwas gemalt oder gebastelt habe, kommt meine Mutter und sieht es sich an.
( ) fast nie ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) fast immer

24. Meine Mutter spielt mit mir.
( ) sehr selten ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) sehr oft

25. Meine Mutter liest mir vor oder erzählt mir Geschichten.
( ) sehr selten ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) sehr oft

26. Wenn ich etwas ausgefressen habe und mich dafür entschuldige, verzeiht sie mir schnell.
( ) fast immer ( ) oft ( ) manchmal ( ) selten ( ) fast nie

27. Wenn sie mich bestraft, sagt sie mir, warum sie es tut.
( ) sehr selten ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) sehr oft

28. Sie sagt mir, ich soll mich in der Schule noch mehr anstrengen.
( ) sehr selten ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) sehr oft

29. Meine Mutter hält zu mir, wenn ein Lehrer ungerecht zu mir ist.
( ) fast immer ( ) oft ( ) manchmal ( ) selten ( ) fast nie

30. Wenn ich nicht einschlafen kann, erlaubt mir meine Mutter aufzubleiben, bis ich müde bin.
( ) fast nie ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) fast immer

31. Sie lobt mich, wenn ich mich wie ein Erwachsener benehme.
( ) fast nie ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) fast immer

32. Meine Mutter spricht mit mir über meine Freunde/Freundinnen und sagt mir, wen sie nett findet.
( ) sehr selten ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) sehr oft

33. Ich weiß, daß sie zur Stelle ist, wenn ich sie brauche.
( ) fast immer ( ) oft ( ) manchmal ( ) selten ( ) fast nie

34. Ich kann meine Mutter Dinge fragen, die mit Mädchen/Jungen zusammenhängen.
( ) fast nie ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) fast immer

35. Wenn ich mir weh getan habe, hilft mir meine Mutter sofort.
( ) sehr selten ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) sehr oft

36. Sie bringt mir Dinge bei, die ich können möchte.
( ) sehr selten ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) sehr oft

37. Wenn meine Mutter sich über mich freut, ist sie sehr liebevoll und zärtlich.
( ) fast nie ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) fast immer

38. Meine Mutter nimmt mich mit zu Gelegenheiten, zu denen andere Kinder nicht mitdürfen.
( ) sehr selten ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) sehr oft

39. Sie nimmt mich in Schutz, wenn Nachbarn sich über mich beklagen.
( ) fast nie ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) fast immer

40. Wenn ich krank im Bett liege, kümmert sich meine Mutter besonders liebevoll um mich.
( ) sehr oft ( ) oft ( ) manchmal ( ) selten ( ) sehr selten

41. Wenn ich eine Aufgabe gut erledigt habe, belohnt mich meine Mutter.
( ) fast immer ( ) oft ( ) manchmal ( ) selten ( ) fast nie

42. Sie lobt mich, auch wenn andere Leute dabei sind.
( ) sehr oft ( ) oft ( ) manchmal ( ) selten ( ) sehr selten

Die folgenden Sätze beziehen sich auf Deinen Vater.

1. Mein Vater vergißt schnell, wenn ich etwas ausgefressen habe.
( ) fast immer ( ) oft ( ) manchmal ( ) selten ( ) fast nie

2. Ich habe das Gefühl, daß ich mit ihm über alles sprechen kann, auch wenn ich etwas ausgefressen habe.
( ) fast immer ( ) oft ( ) manchmal ( ) selten ( ) fast nie

3. Mein Vater antwortet mir geduldig, wenn ich ihm viele Fragen stelle.
( ) fast immer ( ) oft ( ) manchmal ( ) selten ( ) fast nie

4. Wenn ich etwas erzähle, hört mein Vater aufmerksam und gespannt zu.
( ) fast nie ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) fast immer

5. Mein Vater geht mit mir ins Kino.
( ) fast nie ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) fast immer

6. Wenn ich etwas basteln, malen oder bauen will, gibt er mir gute Ratschläge.
( ) sehr selten ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) sehr oft

7. Mein Vater erlaubt mir, mit meinen Spielsachen zu machen, was ich will.
( ) fast immer ( ) oft ( ) manchmal ( ) selten ( ) fast nie

8. Bei angenehmen Aufgaben darf ich ihm helfen.
( ) sehr selten ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) sehr oft

9. Wenn mein Vater wegfährt, nimmt er mich mit.
( ) sehr selten ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) sehr oft

10. Wenn ich mir etwas bestimmtes zu Weihnachten oder zum Geburtstag wünsche, weiß ich, daß ich es auch bekomme.
( ) fast nie ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) fast immer

11. Mein Vater erlaubt mir, so viel oder so wenig zu essen, wie ich will.
( ) fast immer ( ) oft ( ) manchmal ( ) selten ( ) fast nie

12. Mein Vater sieht ein, daß ich recht habe, und gibt nach.
( ) sehr oft ( ) oft ( ) manchmal ( ) selten ( ) sehr selten

13. Ich weiß, was er von mir erwartet und wie ich mich benehmen soll.
( ) fast immer ( ) oft ( ) manchmal ( ) selten ( ) fast nie

14. Er ermuntert mich, das, was ich noch nicht kann, selbst auszuprobieren.
( ) sehr selten ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) sehr oft

15. Wenn ich etwas getan habe, was er falsch findet, darf ich ihm sagen, warum ich es getan habe.
( ) fast immer ( ) oft ( ) manchmal ( ) selten ( ) fast nie

16. Wenn er will, daß ich etwas tue, erklärt er mir, warum.
( ) fast immer ( ) oft ( ) manchmal ( ) selten ( ) fast nie

17. Wenn ich mit meinem Freund/Freundin Streit habe, sagt er mir, wie ich mich verhalten soll.
( ) fast nie ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) fast immer

18. Wenn ich mich über etwas freue, merke ich, daß er sich mit mir freut.
( ) fast immer ( ) oft ( ) manchmal ( ) selten ( ) fast nie

19. Wenn er mich bestraft, merke ich, daß er es nicht gern tut.
( ) fast nie ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) fast immer

20. Wenn ich eine gute Klassenarbeit geschrieben habe, bekomme ich von meinem Vater eine Belohnung.
( ) fast nie ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) fast immer

21. Er tröstet mich und hilft mir, wenn etwas schiefgegangen ist.
( ) fast nie ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) fast immer

22. Manchmal beobachte oder höre ich Dinge, die ich nicht verstehe. Mein Vater erklärt sie mir dann.
( ) fast immer ( ) oft ( ) manchmal ( ) selten ( ) fast nie

23. Er lobt mich, wenn ich mich wie ein Erwachsener benehme.
( ) fast nie ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) fast immer

24. Er sagt mir, ich soll mich in der Schule noch mehr anstrengen.
( ) sehr selten ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) sehr oft

25. Mein Vater spielt mit mir.
( ) sehr selten ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) sehr oft

26. Wenn er mich bestraft, sagt er mir, warum er es tut.
( ) sehr selten ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) sehr oft

27. Wenn ich nicht einschlafen kann, erlaubt mir mein Vater aufzubleiben, bis ich müde bin.
( ) fast nie ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) fast immer

28. Wenn ich etwas gemalt oder gebastelt habe, kommt mein Vater und sieht es sich an.
( ) fast nie ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) fast immer

29. Wenn ich etwas ausgefressen habe und mich dafür entschuldige, verzeiht er mir schnell.
( ) fast immer ( ) oft ( ) manchmal ( ) selten ( ) fast nie

30. Mein Vater spricht mit mir über meine Freunde/Freundinnen und sagt mir, wen er nett findet.
( ) sehr selten ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) sehr oft

31. Mein Vater hält zu mir, wenn ein Lehrer ungerecht zu mir ist.
( ) fast immer ( ) oft ( ) manchmal ( ) selten ( ) fast nie

32. Mein Vater liest mir vor oder erzählt mir Geschichten.
( ) sehr oft ( ) oft ( ) manchmal ( ) selten ( ) sehr selten

33. Ich kann meinen Vater Dinge fragen, die mit Mädchen/Jungen zusammenhängen.
( ) fast nie ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) fast immer

34. Ich weiß, daß er zur Stelle ist, wenn ich ihn brauche.
( ) fast immer ( ) oft ( ) manchmal ( ) selten ( ) fast nie

35. Wenn ich krank im Bett liege, kümmert sich mein Vater besonders liebevoll um mich.
( ) sehr oft ( ) oft ( ) manchmal ( ) selten ( ) sehr selten

36. Er lobt mich, auch wenn andere Leute dabei sind.
( ) sehr oft ( ) oft ( ) manchmal ( ) selten ( ) sehr selten

37. Wenn ich mir weh getan habe, hilft mir mein Vater sofort.
( ) sehr selten ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) sehr oft

38. Er nimmt mich in Schutz, wenn Nachbarn sich über mich beklagen.
( ) fast nie ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) fast immer

39. Er bringt mir Dinge bei, die ich können möchte.
( ) sehr selten ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) sehr oft

40. Mein Vater nimmt mich mit zu Gelegenheiten, zu denen andere Kinder nicht mitdürfen.
( ) sehr selten ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) sehr oft

41. Wenn ich eine Aufgabe gut erledigt habe, belohnt mich mein Vater.
( ) fast immer ( ) oft ( ) manchmal ( ) selten ( ) fast nie

42. Wenn mein Vater sich über mich freut, ist er sehr liebevoll und zärtlich.
( ) fast nie ( ) selten ( ) manchmal ( ) oft ( ) fast immer

R1
Es ist für die Ehe nicht gut, wenn die Frau mehr verdient als der Mann.
(a) stimmt (b) stimmt nicht

Im Berufsleben sind Frauen nicht geeignet für eine Chefstelle.
(a) stimmt (b) stimmt nicht

Wenn ich Töchter und Söhne habe, und das Geld ist knapp, dann sollen in erster Linie die Söhne studieren.
(a) stimmt (b) stimmt nicht

Ich finde es richtig, daß ein Mädchen einen Jungen anspricht, wenn er ihr gefällt.
(a) stimmt (b) stimmt nicht

Die schönste Aufgabe für eine Frau ist die Beschäftigung mit Kindern.
(a) stimmt (b) stimmt nicht

Wenn eine Frau heiratet, hat sie ihren Beruf aufzugeben.
(a) stimmt (b) stimmt nicht

Für ein Mädchen ist es wichtiger, eine gute Aussteuer zu haben, als eine Berufsausbildung.
(a) stimmt (b) stimmt nicht

Nur der Mann sollte für den Lebensunterhalt seiner Familie sorgen.
(a) stimmt (b) stimmt nicht

Eine Frau, die ihren eigenen Beruf haben will, um unabhängig vom Mann zu sein, ist für die Ehe nicht geeignet.
(a) stimmt (b) stimmt nicht

Die Frau gehört ins Haus.
(a) stimmt (b) stimmt nicht

Für die verheiratete Frau sollte der Beruf nur für den Notfall da sein.
(a) stimmt (b) stimmt nicht

Es ist für die Ehe besser, wenn die Frau zuhause ist; dann kann sie sich auf den Mann einstellen und ein gemütliches Heim schaffen.
(a) stimmt (b) stimmt nicht

R/2
Wenn es um politische Dinge geht, sollte die Ehefrau sich den Ansichten ihres Mannes anschließen.
(a) stimmt (b) stimmt nicht

Mädchen brauchen eine gleich gute Berufs- und Schulausbildung wie Jungen.
(a) stimmt (b) stimmt nicht

Ich finde es richtig, daß die Frau einen Mann heiratet der gescheiter und gebildeter ist als sie.
(a) stimmt (b) stimmt nicht

Für ein Mädchen ist es wichtig, erst einmal einen Beruf zu erlernen.
(a) stimmt (b) stimmt nicht

Eine Frau sollte ihren Beruf aufgeben, wenn der Mann dies wünscht.
(a) stimmt (b) stimmt nicht

Ich finde, in der Ehe sollte der Mann der Überlegene sein.
(a) stimmt (b) stimmt nicht

Wenn es um wichtige Familienentscheidungen geht, sollte die Meinung des Mannes mehr Gewicht haben als die der Frau.
(a) stimmt (b) stimmt nicht

Technik ist nichts für Frauen.
(a) stimmt (b) stimmt nicht

Frauen können im Beruf nicht soviel leisten wie Männer.
(a) stimmt (b) stimmt nicht

Eine Frau, die unverheiratet und ohne Kinder bleibt, hat ihre wahre Aufgabe verfehlt.
(a) stimmt (b) stimmt nicht

Ein Mädchen kann eher als ein Junge auf eine lange Ausbildung verzichten.
(a) stimmt (b) stimmt nicht

Ein Mann sollte keine Hausarbeit verrichten.
(a) stimmt (b) stimmt nicht

Wenn ein Mann gut verdient, ist es eine Schande, wenn seine Frau arbeitet.
(a) stimmt (b) stimmt nicht

IEB/1
Glaubst Du, daß manche Leute schon als Glückspilze auf die Welt kommen?
(a) ja (b) nein

Liegt Dir im allgemeinen etwas daran, gute Noten zu bekommen?
(a) ja (b) nein

Wirst Du häufig für etwas geschimpft, wofür Du gar nichts kannst?
(a) ja (b) nein

Glaubst Du, daß es sich häufig nicht lohnt, wenn man sich anstrengt, weil sowieso alles anders kommt?
(a) ja (b) nein

Wenn morgens alles glatt geht, glaubst Du dann, daß es ein guter Tag wird - ganz gleich, was Du an dem Tag tust?
(a) ja (b) nein

Glaubst Du, daß Eltern meistens zuhören, wenn ihre Kinder ihnen etwas sagen wollen?
(a) ja (b) nein

Wenn Du für etwas bestraft wirst, passiert es dann meistens, ohne daß Du weißt warum?
(a) ja (b) nein

Hast Du das Gefühl, daß es fast unmöglich ist, die Meinung Deiner Eltern zu ändern?
(a) ja (b) nein

Glaubst Du, daß Deine Eltern Dir erlauben sollten, die meisten Entscheidungen selbst zu treffen?
(a) ja (b) nein

Wenn Dir mal was daneben gegangen ist, hast Du dann das Gefühl, daß Du selbst wenig tun kannst, um die Sache wieder in Ordnung zu bringen?
(a) ja (b) nein

Glaubst Du, daß gute Leistungen im Sport einfach angeboren sind?
(a) ja (b) nein

Wenn ein Junge oder ein Mädchen Deines Alters Dir absichtlich etwas Böses tun will, ist es für Dich dann schwer, ihn oder sie davon abzubringen?
(a) ja (b) nein

IEB/2

Helfen Dir Deine Eltern gewöhnlich, wenn Du sie darum bittest?
(a) ja (b) nein

Glaubst Du, daß Leute, die böse auf Dich sind, meistens gar keinen Grund haben?
(a) ja (b) nein

Was schief gehen soll, geht schief - auch wenn man alles mögliche versucht, damit es nicht passiert. Meinst Du das auch?
(a) ja (b) nein

Glaubst Du, daß Du zuhause meistens doch nicht durchkommst mit dem, was Du gern möchtest?
(a) ja (b) nein

Wenn Dir plötzlich alles gelingt, glaubst Du dann, daß es daran liegt, weil Du Dich besonders angestrengt hast?
(a) ja (b) nein

Glaubst Du, daß Du nichts daran ändern kannst, wenn in Deiner Klasse jemand gegen Dich ist?
(a) ja (b) nein

Glaubst Du, daß Du wenig Einfluß darauf hast, was es zuhause zu essen gibt?
(a) ja (b) nein

Bist Du der Meinung, daß wenig zu machen ist, wenn jemand Dich gemein behandelt?
(a) ja (b) nein

Hast Du in der Schule häufig das Gefühl, daß es sowieso nichts nützt, wenn Du Dich anstrengst, weil die meisten Kinder einfach schlauer sind als Du?
(a) ja (b) nein

Hast Du häufig das Gefühl, daß Du wenig zu sagen hast, wenn zuhause etwas entschieden wird?
(a) ja (b) nein

Anhang 5
a. Wohnungssituation

	GDNR	GDR	GGNR	GGR
Anzahl der Zimmer (durchschnittlich)	3	3	4	4
Anzahl der Personen in der Wohnung (")	4	4	5	4
eigenes Zimmer der Probanden (%)	42	42	52	44
Wohnung mit eigenem Bad (%)	74	75	90	88

Die Wohnungssituation bei den Schülern in Veria ist besser als bei den Schülern in der BRD. Es besteht jedoch kein ausgeprägter Unterschied zwischen Risiko- und Nichtrisikoschülern.

GDNR = Nicht-Risikoschüler in der BRD GDR = Risikoschüler in der BRD
GGNR = Nicht-Risikoschüler in Griechenl. GGR = Risikoschüler in Gr.land

b. Schulbildung der Eltern
(Anzahl der erfolgreich abgeschlossenen Schulklassen)

	GDNR	GDR	GGNR	GGR
Vater: durchschn.	bis 6.	bis 3.	bis 8.	bis 8.
min. / max.	1 - 10.	0 - 15.	0 - 14.	0 - 14.
Mutter:durchschn.	bis 5.	bis 5.	bis 7.	bis 7.
min. / max.	1 - 9	0 - 13.	0 - 14.	5 - 12.

0 - 6. sind Volksschulklassen, 7 - 12. sind Gymnasiumsklassen, 13. ist die absolvierte pädagogische Fachhochschule, 14. ist absolviertes Universitätsstudium, 15. sind übrige absolvierte Fachhochschulen

GDNR = Nicht-Risikoschüler in der BRD GDR = Risikoschüler in der BRD
GGNR = Nicht-Risikoschüler in Griechenl. GGR = Risikoschüler in Gr.land

Aus der obigen Tabelle ist zu entnehmen, daß Schüler von Eltern mit einer mittleren Schulbildung eine niedrigere Auffälligkeit zeigen als mit einer niedrigeren Schulbildung.

Danksagung

Herrn Dr. med. M. Fichter danke ich für die Überlassung des Themas und für die Unterstützung bei der Abfassung der vorliegenden Arbeit sowie Herrn Prof. Dr. med. H. Hippius für die Übernahme der Mitberichterstattung.

Ferner sei gedankt Herrn Dr. Dr. Fthenakis und Herrn Variangin von der Abteilung für die Nationalschule des griechischen Konsulats in München und dem griechischen Schulministerium in Athen für die Erlaubnis der Durchführung einer Screeninguntersuchung an griechischen Schulen.

Mein Dank gilt weiterhin Herrn Dipl. psych. Dr. Weyer von der Abteilung für Sozialpsychiatrie der Nervenklinik der Universität München für die statistische Beratung und Auswertung sowie Herrn Dr. G. Sparrer und Herrn Dr. W. Hupfer für ihre Mithilfe.

Nicht zuletzt möchte ich mich noch bei Frau Dipl. psych. Zoi Surdi-Fuki, Frau Dr. Surdi und Herrn G. Ragallidis für ihre Hilfe bei der Mitarbeit der Screeninguntersuchungen bedanken.

Lebenslauf

Geboren: am 13. Februar 1953 in Heraklion/Kreta (Griechenland).

Eltern: Dipl. Ing. Michael Diallinas, Fabrikant, und Elka Diallina geb. Tsolakis, Dipl. Chemikerin.

Reifeprüfung am "Arsakion-Gymnasium" in Athen im Sommer 1970.

Studienbeginn im Fach Medizin im WS 1970/71 an der Universität Athen.

1977 Famulatur in den Athener Universitäts-Kliniken Laiko (Medizinische und Chirugische Abteilung) und Agiz Olga (Pädiatrie).

Medizinisches Staatsexamen an der Nationalen Kapodistrium Universität in Athen im Jahr 1977.

1979 Forschungs-Stipendium des DAAD, und bis 1982 als Gastärztin an der Nervenklinik der Universität München unter der Leitung von Prof. Dr. Hippius tätig.

Seit 28.4.1983 bis jetzt als Assistenz-Ärztin in der neurologischen Abteilung des Pammakaristos-Krankenhauses in Athen.

Seit März 1983 psychologische Forschung beim griechischen Jugendministerium.